FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1910-1911 — N° 56

Le Myome Utérin
A LA MÉNOPAUSE

Travail du Service hospitalier de Gynécologie du Docteur ALBERTIN
CHIRURGIEN DE LA CHARITÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 19 Décembre 1910
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

EMILE GUILLAUME
Né à Abriès (Hautes-Alpes), le 25 Septembre 1886
ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON
IMPRIMERIE J. PRUDHOMME
32, Cours Gambetta, 32

1910



LE MYOME UTÉRIN

A LA MÉNOPAUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1910-1911 — N° 56

Le Myome Utérin
A LA MÉNOPAUSE

Travail du Service hospitalier de Gynécologie du Docteur ALBERTIN
CHIRURGIEN DE LA CHARITÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Décembre 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

EMILE GUILLAUME

Né à Abriès (Hautes-Alpes), le 25 Septembre 1886

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON
IMPRIMERIE J. PRUDHOMME
32, Cours Gambetta, 32

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. . . . . Doyen.
J. COURMONT . . . . Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER. ROQUE. BARD.
Cliniques chirurgicales	PONCET. JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE.
Clinique ophtalmologique	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.).
Physique médicale	CLUZET.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	MOREL.
Matière médicale et Botanique	BEAUVISAGE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	COLLET.
Pathologie et Thérapeutique générales	COURMONT (P.).
Anatomie pathologique	PAVIOT.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.).
Thérapeutique	PIC
Pharmacologie	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaires	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND.	—
Accouchements	COMMANDEUR.	—
Matière médicale	MOREAU.	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LEPINE.	NOGIER.	TAVERNIER.
REGAUD.	LESIEUR.	LATARGET	CADE.
COMMANDEUR.	MARTIN (Etienne)	BRETIN.	MOURIQUAND.
GAYET.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
NEVEU-LEMAIRE	VORON.	THÉVENOT.	GUILLEMARD.
PATEL.			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PAVIOT. *Président ;* GAYET. *Assesseur ;*
MM. PATEL et THÉVENOT, *Agrégés.*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR GUILLAUME

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MA GRAND'MÈRE

A MON ONCLE

LE DOCTEUR SALVA

Professeur d'anatomie à l'Ecole de Médecine de Grenoble

En souvenir de ce que je leur dois pour l'intérêt qu'ils me portent et l'affection qu'ils me témoignent.

A MA TANTE ET A MON ONCLE WEISS

Dont je n'oublierai jamais la bonté à mon égard.

A MES SŒURS ET A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PAVIOT

Professeur d'Anatomique pathologique à la Faculté
Médecin des Hôpitaux

Qui me fait le grand honneur d'accepter la présidence de ma thèse, j'adresse mes respectueux remerciements.

A Monsieur le Docteur ALBERTIN

Chirurgien des Hôpitaux

Il fut pour moi un ami autant qu'un maître, je tiens à lui exprimer ici mon respectueux attachement.

A Monsieur le Docteur TIXIER

Professeur Agrégé à la Faculté
Chirurgien des Hopitaux

Il m'a toujours réservé le meilleur accueil ; qu'il veuille accepter l'hommage de ma bien vive gratitude

A MES MAITRES CIVILS ET MILITAIRES

INTRODUCTION

Nous n'avons pas la prétention de faire œuvre nouvelle, en abordant un sujet qui dans ces dernières années a soulevé de si nombreuses discussions.

Depuis les controverses passionnées de Péan et de Verneuil — le traitement chirurgical a gagné du terrain — et peu à peu l'accord s'est fait sur bien des points.

Il est admis aujourd'hui : « Que tout myome qui par sa présence provoque des phénomènes de compression vésicale, urétérale ou intestinale, ou qui détermine des pertes sanguines ou séreuses très abondantes et répétées et compromettant la santé des malades doit être supprimé ».

Il est bien établi aussi qu'on ne peut songer à opérer tous les myomes. Leur fréquence est considérable « Klob estime que 40 % des femmes âgées de plus de 50 ans en sont atteintes. Hoffmeier, Essenmoeller, Engstrau, Kleinwachter acceptent les chiffres de 4, 5 ou 6 %. Winckel se rapproche plus vraisemblablement de la vérité avec le chiffre de 12 %, »

Or parmi ces myomes, beaucoup ne sont jamais diagnostiqués, beaucoup reconnus au cours d'un examen ne déterminent aucun symptôme et restent innocents. Proposer l'opération pour ces derniers serait faire preuve

d'un radicalisme exagéré. « On ne saurait intervenir au nom seul de leur existence. » C'est ce que Pellanda déduit de la rareté des accidents mortels.

Mais à côté des myomes qui mettent la vie de la malade en danger ; à côté des myomes innocents, il en est qui constituent pour la malade une infirmité de plus en plus grave à mesure qu'elle avance en âge. « Il ne faut pas confondre avec la vie normale, l'existence de certaines fibromateuses, myomateuses dirons-nous, que leur tumeur laisse pourtant vivre. Combien de malheureuses voit-on traîner de longues années infirmes, inutiles, pendant la longue période ou l'expectation leur fait attendre une ménopause qui recule indéfiniment. Condamnées au séjour à la chambre, épuisées par la gêne respiratoire, la constipation, les troubles de la miction, anémiées par les hémorragies, impropres à la maternité, incapables de vivre, d'agir au sens complet du mot. »

Ce sont ces cas intermédiaires si souvent rebelles aux moyens médicaux qui aujourd'hui encore divisent les chirurgiens. « Il faut savoir attendre » disent les uns, « Ne pas trop attendre » disent les autres.

On est d'autant plus porté à temporiser que la malade approche de la quarantaine ; on compte sur l'atrophie ou la calcification ; on accorde peu d'importance à la transformation maligne, — on oublie volontiers que la symptomatologie peut s'aggraver pendant plusieurs années — avant de subir l'heureuse influence de la ménopause.

En pareil cas — quelle conduite est la meilleure — pour qui est préoccupé avant tout d'être utile à la malade ? Faut-il se contenter du traitement médical ? Faut-il intervenir précocement ?

Certains tournent la difficulté en disant : à côté des myomes qu'il faut opérer — à côté des myomes qu'il faut respecter — il en est qu'on peut opérer.

En raisonnant de la sorte, nous nous demandons si vraiment il ne serait pas mieux - d'intervenir — dans tous les cas où « on peut opérer. »

Pour résoudre ce problème il fallait d'abord étudier la symptomatologie du myome pendant et après la ménopause. C'est à cette étude que nous avons consacré la première partie de ce travail.

Il était intéressant avant d'aborder l'étude clinique, de demander à l'anatomie pathologique ce que sont ces tumeurs si diversement dénommées: fibromes, fibromyomes, myomes, et connaissant leur structure d'étudier les modifications qui surviennent dans leur évolution à l'époque de la ménopause.

Aussi envisageons-nous successivement, l'atrophie, la calcification « la transformation myxoïde » le myome malin.

A la fin de ce travail, nous examinons les diverses statistiques relatives à la fréquence des interventions entre 40 et 50 ans, et nous publions la statistique que M. le Docteur Albertin a bien voulu nous confier.

D'après nos observations, nous montrons dans le 2e chapitre la richesse de la symptomatologie à l'approche de la ménopause, et souvent aussi après l'âge critique.

Cette étude faite, nous ne pouvions en tirer aucune déduction avant de connaître la valeur du traitement chirurgical à l'heure actuelle.

Aussi dans le 3e chapître après avoir constaté les progrès réalisès par la chirurgie du myome utérin — dans ces

dernières années nous nous arrêtons aux deux interventions partout acceptées aujourd'hui — l'hystérectomie totale et l'hystérectomie subtotale.

Nous indiquons les avantages de la subtotale, en général, et ceux en particulier du procédé américain couramment employé par M. le Docteur Albertin.

Aux résultats publiés par les chirurgiens, nous ajoutons ceux obtenus par notre maître durant une période de 6 années. Nous comparons les interventions précoces et les interventions retardées.

Nous pouvons ainsi dans nos conclusions répondre à cette question : l'approche de la ménopause chez une malade qui présente des symptômes justifiant l'intervention, est-elle une raison pour temporiser ?

Pour mener à bien cette étude il nous eut fallu une grande connaissanee de la gynécologie et une longue pratique chirurgicale. Nous avons suppléé à notre inexpérience par l'expérience de ceux qui nous ont dirigé.

De notre tribut de reconnaissance une large part revient à M. le Docteur Albertin, c'est lui qui nous a inspiré l'idée de ce travail, c'est grâce aux documents qu'il nous a fournis, et c'est grâce à ses conseils que nous avons pu vaincre les difficultés de nôtre tâche.

M. le Professeur Paviot — dont nous avons suivi avec un grand intérêt les leçons à la Faculté et à l'Hôtel-Dieu — a bien voulu nous prêter le secours de ses conseils expérimentés, qu'il reçoive l'assurance de notre vive gratitude.

Nos remerciements vont aussi à MM. les Professeurs-Agrégés Patel et Laroyenne, au Docteur Desgouttes, chirurgien des Hôpitaux, pour l'accueil sympathique qu'ils ont bien voulu nous accorder.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie Pathologique

Le Myome — Modifications dans son évolution à la ménopause.

Les différents aspects macroscopiques sous lesquels se présente cette tumeur, lui ont valu divers noms, qui peuvent rappeler assez bien sa structure grossière, mais qui créent une confusion regrettable au point de vue de sa structure histologique.

C'est ainsi qu'on a coutume d'appeler fibromes les formes les plus fréquentes, constituées par un tissu blanchâtre, homogène, criant à la coupe ; on parle encore fréquemment de fibro myomes. Quant au terme du myome, généralement adopté par les auteurs allemands, beaucoup semblent le réserver aux formes plus molles, dont l'aspect se rapproche davantage du tissu utérin.

Il est plus logique de désigner ces tumeurs d'après leur nature histologique, toujours la même, malgré les différences d'aspect et d'évolution, car ce sont toujours des néoproductions du tissu musculaire, c'est-à-dire des myomes. Il existe des myomes plus ou moins durs, plus

ou moins vascularisés, des myomes pseudo-kystiques, des myomes malins ; ce ne sont pas là des fibromes, au sens exact du mot, qui signifie tumeur du tissu fibreux.

« Dans les myomes, nous dit le professeur Tripier, on admet à tort la production du tissu fibreux... il n'y a d'analogue au tissu fibreux que le stroma hyalin, tous les éléments cellulaires étant des éléments musculaires. »

Nous n'avons pas en vue dans ce travail les formes anatomiques dans lesquelles, à côté des lésions de métrite, on constate une hyperplasie des fibres musculaires, se traduisant à l'examen clinique par une augmentation de volume de l'utérus, formes anatomiques auxquelles Gaillard donne le nom de myomes diffus.

Nous nous occupons uniquement du myome « tumeur circonscrite », et par utérus myomateux, nous entendons un utérus renfermant plusieurs myomes.

De l'atrophie du myome. — C'est bien la caractéristique de toute tumeur, que sa tendance à s'accroître ; les unes s'accroissent rapidement et se généralisent, les autres évoluent lentement, parfois même restent stationnaires. On ne les voit pratiquement jamais se résorber ni disparaître. Si elles sont d'origine infectieuse, du moins ce caractère suffit à les différencier des autres productions inflammatoires.

Les myomes constitueraient une exception remarquable, si, seuls entre toutes les tumeurs, ils jouissaient de la propriété de disparaître. En réalité, ils ne disparaissent pas, et même on a beaucoup exagéré en parlant de leur atrophie.

On peut bien admettre, leur structure étant sensiblement la même que celle du tissu utérin, qu'ils puissent

comme ce tissu, subir une involution et diminuer légèrement de volume, lorsque la circulation devient moins active dans la sphère génitale à l'époque de la ménopause.

Pour Jacobs : « La diminution de volume de la tumeur se fait par transformation des éléments musculaires ; le tissu conjonctif se condense, se raréfie ; on assiste à une raréfaction interstitielle du néoplasme ; il devient dur, fibreux, cartilagineux. »

Lawson Tait explique la régression par des troubles circulatoires : « Par suite de prolifération cellulaire, dit-il, il se produit une oblitération vasculaire qui envahit la lumière des vaisseaux ; la source de nutrition disparaît : phénomène de nécrobiose ; la tumeur s'amollit et s'infiltre de liquide qui dissocie les fibres. »

Quoiqu'il en soit du mécanisme de l'atrophie, il est un fait certain, c'est qu'elle n'aboutit jamais à la disparition. De plus, son importance est d'autant moindre que la tumeur est plus volumineuse.

De la calcification. — Ceux qui insistent sur la bénignité du myome, ont l'habitude de considérer cette complication comme une heureuse transformation. C'est pour eux un signe d'arrêt dans l'évolution de la tumeur.

S'ils étaient dans le vrai, nous répondrions que la calcification est assez rare. Piquand estime qu'elle se rencontre dans 3 °/₀ des cas seulement.

« Elle atteint presque exclusivement les myomes interstitiels et sous-péritonéaux ; la dégénérescence calcaire des polypes est exceptionnelle. »

Dans une étude anatomo-pathologique très complète, l'auteur distingue la calcification à début central, et la calcification à début périphérique.

La première variété, de beaucoup la plus fréquente, débute par un dépôt de granulations calcaires du volume d'un grain de chénevis, qui infiltrent le tissu du myome. Les dépôts calcaires augmentant de volume finissent par former des travées irrégulières. Un noyau central se constitue par la réunion des travées.

« A un dernier stade, tous les éléments de la tumeur sont uniformément envahis. Sur les coupes, elle présente une section bianc-jaunâtre, lisse, polie, extrêmement dure, rappelant l'aspect du tissu osseux éborné. »

Dans la seconde variété, une sorte de gaîne de coque calcifiée se constitue autour de la tumeur, et à partir de ce stade, la calcification peut évoluer de plusieurs façons. Parfois la formation de nouvelles couches calcaires aboutit à une calcification complète.

Plus souvent la calcification s'arrête à la formation de la coque périphérique — le tissu myomateux contenu dans cette coque présentant des lésions de nécrobiose. — Au point de vue histologique, on peut voir les cellules musculaires disparaître peu à peu, tandis que les sels calcaires se déposent sous forme de grains microscopiques entre les fibrilles du tissu conjonctif ; ou bien le dépôt se fait directement dans les fibres musculaires non altérées.

Telle est la nature de la calcification. Nous avons dit que c'était une transformation assez rare, son importance au point de vue clinique est encore diminuée par ce fait que généralement à côté d'un myome calcifié, existent d'autres myomes de structure normale.

Bien plus, il serait faux de penser que c'est une évolution heureuse.

Si parfois les myomes calcifiés n'occasionnent aucun accident, souvent ils entraînent des complications redoutables ; les uns tenant à la compression des organes voisins, les autres à la suppuration du myome et du tissu celluleux qui l'entoure.

La compression du rectum a, dans quelques cas, occasionné des symptômes d'occlusion intestinale mortels. On a observé encore le sphacèle par compression des parois rectales.

Plus souvent c'est la vessie qui est comprimée, et parfois jusqu'à la perforation de ses parois.

Lorsqu'un abcès se forme, il peut s'ouvrir dans le vagin, dans la vessie, dans le rectum. On l'a vu s'ouvrir dans le péritoine, déterminant ainsi une péritonite mortelle.

La conclusion du travail de Piquand est « qu'il ne faut pas considérer la calcification comme une transformation favorable, il faut au contraire la considérer comme une véritable complication. »

Le développement rapide. — Myomes œdémateux et pseudo-kystiques. — C'est encore à la ménopause, qu'on voit très souvent les myomes utérins s'accroître avec rapidité, et cette évolution s'accompagne généralement d'une « transformation myxoïde ». Parmi les myomes qui deviennent ainsi « myxomateux », il en est qui, histologiquement, sont de véritables tumeurs malignes. Nous en reparlerons plus loin ; les autres conservent, bien qu'ils aient une allure clinique identique, des caractères histologiques de bénignité.

Lawson Tait, pour classer les myomes ne tenait pas compte de leur siège; il les divisait en deux catégories : les myomes multinodulaires et les myomes mous œdématiés.

D'après cet auteur, « les myomes multinodulaires sont constitués par des masses de volume variable, qui semblent enchâtonnées et distribuées au hasard, dans l'ensemble du tissu utérin. Ils peuvent être sous-muqueux, sous-séreux et interstitiels, leur énucléation est difficile. A la coupe ils présentent une dureté presque cartilagineuse. Ils regressent toujours vers la ménopause.

« Le myome mou œdématié, au contraire, est constitué par une masse volumineuse, recouverte et entourée d'une couche épaisse de tissu normal. Toujours solitaire il peut être extirpé par énucléation et à la coupe il présente un aspect gélatineux particulier. Peu influencé par l'âge il se développe, souvent entièrement après la ménopause. »

Nous nous demandons si cette division est bien fondée ; car, entre le myome nodulaire et le myome œdématié, il n'y a certainement pas de différences aussi marquées. Ces deux formes anatomiques ne peuvent être opposées d'une façon formelle.

Les myomes œdémateux et pseudo-kystiques résultent toujours d'une évolution particulière des myomes nodulaires : il est donc faux d'affirmer que ces derniers regressent toujours vers la ménopause.

Comment et sous quelles influences se fait cette évolution ? Nombreuses sont les théories tendant à donner une explication. D'après la théorie lymphatique émise par Kœberlé, le ramollissement des myomes, et la formation au sein de leur substance de cavité kystique, seraient le fait de la dilatation progressive des espaces lymphatiques de la tumeur.

La théorie épithéliale, très en honneur en Allemagne, considère le myome comme un adénome dont l'épithé-

lium s'est atrophié parfois jusqu'à disparaître, mais qui dans d'autres cas possède et forme à l'intérieur de la tumeur, des cavités variant de forme et de volume.

Cette théorie qui repose sur une hypothèse n'a jamais été acceptée en France.

Virchow se basant sur ce fait que, dans le liquide contenu dans les cavités, il est possible de déceler de la mucine, a prétendu qu'il s'agissait d'une transformation myxomateuse.

Enfin d'autres auteurs, pour expliquer la formation des cavités, ont fait intervenir la nécrose par oblitération vasculaire.

C'est Cruveilhier qui, le premier, a donné l'infiltration adémateuse comme origine des cavités pseudo-kystiques. Sa théorie semble aujourd'hui le plus généralement partagée.

La formation des points myxoïdes imbibés de sérosité n'est pas une régression par dégénérescence et mortification des éléments de la tumeur. Elle répond à un accroissement de la tumeur, conditionné lui-même par des modifications de la circulation.

Le myome malin. — On a l'habitude de parler à ce propos de sarcome utérin, de dégénérescence sarcomateuse, expressions très vagues qui ne peuvent que faire méconnaître l'origine de cette tumeur.

Le prétendu sarcome utérin est bien, en effet, comme l'ont montré depuis longtemps MM. Paviot et Bérard, une tumeur maligne du tissu musculaire, un cancer musculaire lisse. Il peut se développer d'emblée. Il peut aussi se développer sur un myome préexistant, mais dans les deux cas le processus de sa formation est le même.

Il n'est pas d'origine endothéliale vasculaire comme le prétendait Pilliet, il ne se développe pas aux dépens du tissu conjonctif du myome, comme l'affirmait Virchow. Ce n'est pas non plus une transformation des cellules myxomateuses en cellules sarcomateuses; théorie soutenue par Williams et Pick. Les cellules dites improprement sarcomateuses, sont des cellules musculaires à un premier stade de leur évolution.

Plus fréquemment encore que dans les myomes ordinaires, on observe dans les myomes malins des portions myxoïdes, qui ici encore ne résultent pas d'une dégénérescence, mais d'un accroissement, d'une extension, d'une surnutrition du néoplasme.

Parfois limitée, cette fausse dégénéresence peut acquérir une grande extension. Elle aboutit alors à la formation de kystes, de géodes.

On peut admettre « que les veines plus vite et plus aisément comprimées que les artères à l'intérieur de la tumeur au cœur de son développement, soient dans certains territoires insuffisantes à remporter le sang. De là l'œdème et de là sans doute aussi les hémorragies fréquentes interstitielles, ou sous forme de kystes hémorragiques constatés dans cette sorte de tumeur ».

Au point de vue clinique, ce sont plutôt des signes de présomption que des symptômes caractéristiques qui permettent de faire le diagnostic du myome malin.

On voit rarement des métastases se produire ; la malignité est plutôt locale, l'état général reste bon alors que la tumeur atteint en quelques mois des dimensions considérables, se ramollit, se creuse de géodes qui peuvent à l'examen donner la sensation de fluctuation.

Le pronostic en est grave si l'on n'intervient pas rapidement.

Nous ne sommes pas de l'avis de Pellanda pour qui la dégénérescence maligne des myomes utérins est un fait absolument exceptionnel. Si Jacobs, de Bruxelles, est allé un peu loin en affirmant que la majorité des fibromes utérins subissent une évolution maligne à la ménopause, de nombreux auteurs ont également insisté sur la fréquence de cette transformation.

MM. Paviot et Bérard, en six mois, avaient pu réunir six cas de myomes malins dans un même service. Plusieurs cas de notre statistique ont trait à des myomes malins à l'examen histologique.

CHAPITRE II

Symptomatologie

I. — A l'approche de la ménopause.

La statistique que nous publions suffit à prouver que la ménopause est bien un âge critique pour les myomes utérins. Parmi les opérés de 40 à 50 ans, beaucoup avaient vu leurs accidents débuter depuis de nombreuses années :

35 souffraient depuis au moins 10 ans.
34 — depuis plus de 5 ans.
70 — depuis plus de 2 ans.

Nous verrons, plus tard, si les résultats opératoires ne sont pas conditionnés par l'ancienneté de l'affection.

Nous voulons insister, maintenant, sur l'existence malheureuse que menèrent ces malades pendant les années qui précédèrent l'opération.

La plupart des symptômes s'étaient aggravés, en effet, aux approches de la ménopause : les hémorragies étaient devenues de plus en plus abondantes, les douleurs de plus en plus vives, les troubles de compression vésicale et rectale étaient apparus depuis longtemps, lorsqu'elles

se décidèrent à l'intervention. Beaucoup avaient eu recours en vain au traitement médieal ; chez quelques-unes, de nombreux curettages avaients été faits. Il suffit de parcourir nos observations pour voir, qu'en général, la symptomatologie est au complet. Les troubles vésicaux, la constipation accompagnent presque toujours les hémorragies. L'albuminurie, les palpitations, les troubles gastro-intestinaux sont fréquents. L'état général est assez rapidement intéressé.

Hémorragies. — Les hémorragies constituent évidemment le symptôme dominant et l'explication en est facile. Aux approches de la ménopause, les organes génitaux de la femme sont le siège d'une congestion intense ; il suffit, pour s'en rendre compte, de constater combien sont abondantes le plus souvent les règles qui précèdent la disparition de la fonction. Si une telle hyperemie se produit normalement, en dehors de toute affection, il est facile de prévoir qu'elle doit être augmentée dans des proportions considérables chez les femmes atteintes de myomes et qui, de ce fait, sont tout particulièrement sujettes aux pertes sanguines.

Chez beaucoup l'affection a débuté par des ménorragies et, dans ces cas, il est difficile de fixer une date de début exacte. Tantôt les malades ont constaté depuis plusieurs années que leurs règles étaient plus abondantes ; tantôt ce n'est pas l'abondance de l'écoulement qui est modifiée mais sa durée. Les règles qui cessaient au bout de quatre à cinq jourrs se prolongent huit, dix, douze jours. Généralement les ménorragies deviennent à la fois abondantes et prolongées et laissent les femmes dans une profonde anémie qu'elles n'ont pas le temps de réparer dans la

période intercalaire devenue très courte, de quelques jours à peine.

Souvent le sang revient en dehors des règles. Ce sont des ménorragie d'abondance très variable. Parfois les malades en arrivaient à perdre continuellement et elles attendent en général cette période pour se résigner à l'opération.

Avec le sang liquide qui s'écoule d'une façon à peu près continue, sortent, de temps en temps, de gros caillots noirâtres qui sont accouchés avec plus ou moins de douleurs.

Dans sa thèse, Batuand attribue les hémorragies uniquement aux lésions d'endométrite concomittante. Ce n'est pas l'avis de Boiffin pour qui : « l'irritation produite par ce corps étranger, aussi bien sur le muscle utérin que sur la muqueuse, détermine une série de réflexes et parmi eux des troubles vasculaires se manifestant soit par un écoulement cataménial plus abondant et parfois répété. L'élément endométrite ne serait que secondaire et tardif dans la production ou plutôt l'exagération de ce symptôme. »

Quelle que soit la cause des hémorragies, elles constituent un symptôme des plus graves. Il est vrai que peu de malades succombent de ce fait. On les voit rarement saignées à blanc. Mais combien parmi nos malades se sont présentées au chirurgien dans un état d'anémie extrême ; combien aussi parmi les malades qui ont été considérées comme sauvées par la ménopause, ont dû se ressentir de ces années tragiques. Ce n'est pas impunément que l'on supporte de telles épreuves, à une époque où la tuberculose fait ses ravages.

A ces hémorragies vient s'ajouter encore un autre accident qui contribue aussi pour une large part à augmenter l'épuisement des sujets. Nous voulons parler de ces sécrétions blanches et glaireuses qui se montrent presque toujours en plus ou moins grande abondance dans l'intervalle des hémorragies. Nous avons dans nos observations plus d'un cas de ce genre.

Phlébites. — Epuisées par les hémorragies, épuisées par les sécrétions les malades voient leur état général décliner progressivement et en arrivent parfois à une véritable cachexie. On comprend, dès lors, qu'elles soient exposées à une complication des plus redoutables : la thrombose veineuse. Quelques-unes de nos observations concernent des malades qui furent atteintes de phlébite, les unes avant, les autres après l'intervention. On nous dira que la cause immédiate de cet accident est une infection ; le fait est aujourd'hui bien démontré ; mais la cause prédisposante n'est pas négligeable et, dans le cas présent, il faut faire jouer un grand rôle à l'anémie ou aux altérations du sang, au ralentissement de la circulation, aux troubles circulatoires résultant de la compression exercée par la tumeur.

Cette thrombose veineuse siège le plus souvent, sans qu'on puisse en donner la cause, au membre inférieur gauche. La mort n'est pas fatale, mais le pronostic est grave. Pellanda, dans sa thèse en réunissait dix cas.

M. le Docteur Albertin a suivi pendant plusieurs années plusieurs malades qui, après avoir refusé obstinément l'intervention, succombèrent à cette complication.

Pistolèse publie dans les archives de gynécologie de Naples de 1909 une observation intéressante du service

du P. Spinelli : « Il s'agit d'une femme de 49 ans, soumise pendant sept ans au traitement symptomatique et se présentant au chirurgien dans un état d'anémie profonde. L'état général contre-indiquant l'intervention, on essaie un traitement reconstituant, mais cinq jours après l'entrée se déclare une phlébite qui, en seize jours, emporte la malade ». L'auteur constatant l'absence absolue de fièvre dans les quatre jours, l'absence de toute lésion préexistante dans le membre atteint, met la thrombose uniquement sur le compte de « la profonde altération et la diminution de la masse sanguine, du ralentissement de la circulation périphérique déterminé soit par le défaut de l'impulsion cardiaque, soit par la présence de cette tumeur qui exerçait une pression continuelle. » A l'appui de cette pathogénie, il cite l'opinion de P. Mayet, de Vaquez, de Vanzetti, de Birch-Hirschfeld.

Douleurs. — Il n'est pas étonnant que Winter ait pu considérer les douleurs comme une des indications les plus fréquentes. Elles constituent après les hémorragies le symptôme le plus commun. Tantôt elles accompagnent l'écoulement sanguin et contribuent à l'épuisement de la malade, tantôt elles surviennent en dehors de toute perte, traduisant à elles seules la présence de la tumeur. Sensation de pesanteur, gène, douleurs légères, douleurs vives avec irradiations dans les membres inférieurs, tiraillements dans la région lombaire : tous ces signes s'observent avec une grande fréquence.

Parfois les malades ne souffrent que dans la station debout, et se trouvent de ce fait condamnées à passer leur existence sur la chaise longue. Souvent, après plusieurs années d'impotence, elles ne sont même plus sou-

lagées par le repos, des douleurs intolérables surviennent qui les obligent à réclamer les secours de la chirurgie.

La douleur n'est pas liée au volume de la tumeur. On voit des myomes volumineux à développement abdominal qui n'ont jamais incommodé les malades autrement que par des sensations de gêne, de pesanteur. La compression détermine surtout des douleurs légères, à moins d'enclavement.

On a souvent insisté sur les lésions des annexes durant l'évolution des myomes utérins. Cette question a fait l'objet de la thèse de Devaux. (Paris, 1903).

Il peut arriver que les lésions inflammatoires évoluent silencieusement, le plus souvent ce sont elles qui déterminent les douleurs. M. Constantin Daniel s'appuyant sur son expérience personnelle et sur l'expérience de M, Jayle, écrivait : « La plupart des femmes atteintes de fibromes, ne souffrent que si les annexes sont altérées. » Or, il y a plus qu'une simple coïncidence entre la présence du myome et l'évolution des lésions annexielles. Souvent ces dernières doivent résulter d'une infection ascendante. C'est une étiologie d'autant plus admissible que l'endométrite est presque constante dans les cas de myomes utérins. Il est des cas cependant « où l'infection ne peut être invoquée, et où il faut faire intervenir une autre cause qui réside peut-être dans la stase sanguine (varicocèle pelvien) retentissant sur tout l'appareil utéro-ovarien. »

Dans nos observations, on peut voir qu'il est rare, lorsqu'une malade a présenté des phénomèmes douloureux — que le chirurgien n'ait pas trouvé, soit des ovaires scléro kystiques, soit des adhérences péri-uté-

rines, — soit des hydrosalpinx unis ou bilatéraux, quelquefois énormes et même des hydrohemo-salpinx, des pyosalpinx.

Stérilité et myome utérin. — Les perturbations apportées dans l'appareil génital, par la présence du myome, ont une conséquence sur laquelle l'attention a été depuis longtemps attirée, mais que tous les auteurs n'ont pas interprété de la même façon.

La stérilité avait été relevée par Cruveilhier, comme un facteur favorable au développement (des corps fibreux), et Gottschalk a repris cette étude. Parmi les malades observées dans le service du docteur Albertin. 60 environ étaient nullipares après 40 ans. Il semble donc qu'un assez grand nombre de femmes porteurs de myomes restent stériles; faut-il admettre que la stérilité favorise le développement de la tumeur? Nous ne le pensons pas.

La stérilité doit plutôt être interprétée comme une conséquence de la myomatose de l'utérus.

L'involution incomplète de l'utérus, après l'accouchement ou l'avortement, serait par contre dans certains cas, une condition favorable au développement de la tumeur. Nous avons été frappé par ce fait qu'un grand nombre de nos malades avaient vu apparaître les symptômes de leur tumeur quelque temps après un accouchement ou un avortement.

Phénomèmes de compression. — Etant donnés les rapports intimes de l'utérus avec les organes du bassin, il est aisé de se rendre compte que tout myome est susceptible de déterminer des compressions sur tel ou tel d'entre eux. Il n'est pas rare de voir ces compressions s'exercer

brusquement, d'un seul coup, déterminant les accidents les plus graves, la rétention complète d'urine et des matières fécales ou encore l'anurie. Ces cas répondent à une évolution rapide de la tumeur, souvent a la « transformation myxomateuse » ou à l'évolution d'un myome malin.

Symptômes urinaires. — Troubles vésicaux. — En général, c'est par des troubles bénins et passagers que la compression se manifeste au début : pollakiurie, constipation, œdèmes fugaces. Plus tard apparaissent les douleurs à la miction, la rétention ou l'incontinence. La fréquence des mictions s'explique assez facilement. Comprimé par la tumeur, le réservoir urinaire ne se laisse plus dilater jusqu'à son volume ordinaire physiologique. Sa capacité a en quelque sorte diminué. La congestion vésicale « vessie irritable », la cystite, sont aussi des causes de pollakiurie. A la cystite, il faut rattacher encore les douleurs à la miction.

La rétention d'urine est un phénomène plus rare. Nous l'avons cependant rencontrée plusieurs fois. Lorsqu'il se produit de l'incontinence, c'est une incontinence par regorgement.

Tous ces troubles sont le résultat d'un obstacle mécanique, mais ils ne résultent pas forcément de la compression ; ils peuvent être dus à l'élévation, au tiraillement de la vessie, si celle-ci a contracté des adhérences avec la tumeur.

A l'autopsie ou au cours d'une opération d'hystérectomie, on constate encore fréquemment la dilatation des uretères. Coffin dans sa thèse rapporte le cas d'une malade, porteur de myome utérin et morte d'affection inter-

currente chez laquelle les uretères atteignaient le volume du pouce.

Cette compression retentit sur les calices et le bassinet et provoque ainsi de l'hydronéphrose.

Lésions rénales. — Les altérations rénales tiennent une grande place dans les complications du myome utérin. Elles sont la conséquence de l'obstacle au cours de l'urine, obstacle siégeant au niveau de la vessie ou des uretères.

Ce sont des lésions de néphrite chronique portant sur un seul rein ou sur les deux organes. Nombreuses sont les malades porteurs de myomes qui présentent de l'albuminurie. En pareil cas, on comprend la gravité de l'intervention ; un grand nombre de décès concernent des malades dont les reins étaient déjà atteints. On a vu survenir comme complications de cette néphrite, un accident des plus graves, à savoir l'urémie.

Les observations de ce genre sont rares. Cependant quelques relations sont assez probantes. Hanot en rapporte dans les bulletins de la Société anatomique de 1873, un cas qui paraît concluant. La malade avait eu des vomissements, des crises convulsives et un abaissement de la température jusqu'à 34°. A l'autopsie, il y avait de la compression et de la dilatation des uretères et de la dégénérescence des reins. Le docteur Gazinotty en rapporte un exemple remarquable observé dans le service du professeur Bernheim.

Du côté du rectum, la compression se traduit presque toujours par une constipation, qui augmente progressivement. Beaucoup de malades en arrivent à ne plus pouvoir aller à la selle sans lavements. C'est un symptôme

qui contribue pour une large part à altérer la santé par une auto intoxication continuelle.

Troubles cardiaques. — La richesse d'innervation des organes génitaux reliés au grand sympathique par le plexus hypograstrique et à la moelle par le nerf honteux interne, explique les troubles réflexes si fréquents dans les affections de l'utérus. Or, dans le syndrome utérin décrit par Pozzi, les palpitations constituent un des éléments les plus fréquents. On les trouve dans les déviations de l'utérus, dans les lésions des annexes où elles accompagnent les douleurs; et ce symptôme est pour ainsi dire la règle dans le tableau clinique du myome utérin. Il est aisé d'en déterminer les causes. Deux facteurs interviennent dans sa production : les réflexes nerveux et l'anémie.

Les réflexes nerveux dépendent dans une certaine mesure de l'état névropathique des malades.

Sauf dans les cas où la tumeur atteint les fausses côtes et comprime le diaphragme, le volume importe peu. Il n'est pas rare d'observer des troubles cardiaques très accusés chez des malades porteurs de petites tumeurs.

Les hémorragies abondantes et l'anémie profonde qui en résulte en éclairent alors suffisamment la pathogénie.

On comprend que ces troubles fonctionnels puissent rendre les malades complètement impotentes. Mais le retentissement du myome utérin sur le cœur ne se limite pas là. Chez un assez grand nombre de malades, on constate un véritable affollement cardiaque ; l'arythmie se surajoute aux palpitations. A l'examen, on constate un gros cœur, sans signes de lésions artificielles.

M. Violet a présenté en 1905, à la Société des Sciences

Médicales, un cas intéressant à ce point de vue. Il s'agissait d'une femme de 40 ans, porteur d'un myome diagnostiqué depuis une huitaine d'années. Les troubles que déterminait ce myome étaient aux yeux de la malade peu inquiétants. Elle accusait des douleurs, de la gêne, de la pesanteur, à cause du volume de son ventre, des mictions fréquentes, parfois des crises de rétention. En six mois, son ventre avait augmenté considérablement de volume. Depuis trois ou quatre mois elle avait des crises, des palpitations durant un jour ou deux.

L'examen révélait la présence d'un gros myome remontant jusque dans la région rénale gauche. Appelé auprès de la malade, le chirurgien constata un cœur complètement affolé, des contractions irrégulières intermittentes au nombre de 140 à 150, et jugea l'intervention impossible, si un pareil état cardiaque se maintenait. Dans une période d'accalmie, la malade après avoir refusé l'intervention s'y résigna.

Les suites furent simples et elle put reprendre ses occupations, l'asphyxie, les palpitations, l'œdème disparurent.

Cette observation nous montre évidement jusqu'à quel point on peut pousser l'audace chirurgicale. Elle nous fait regretter surtout que beaucoup de maladesattendent si longtemps pour se confier au chirurgien.

Il est d'observation courante, que très souvent les femmes atteintes de myomes meurent avant ou après l'opération avec des symptômes de faiblesse cardiaque,

Partant de ce fait, MM. Strassmann et Lehmann se sont demandés si l'apparition et le développement de ces tumeurs ne se trouvaient pas en rapport avec certains

troubles de la circulation. Ils ont examiné à ce point de vue dans le service de M. Gusserow 71 malades, et ils ont pu constater chez 40, 8 % d'entre elles, une lésion anatomique du cœur, généralement une myocardite.

Il est probable que dans un grand nombre de cas, sinon dans tous, le myome est l'affection initiale.

II. — Après l'âge de la ménopause

L'âge où survient la ménopause est assurément très variable. On a bien essayé de déterminer une moyenne : Vinay, pour la région, donnait une moyenne de 48 ans ; la moyenne trouvée par M. Rendu, chez des femmes du Perron, est un peu plus élevée. Mais toutes ces statistiques ne fournissent que des indications assez vagues.

Cependant, d'une façon générale, on peut affirmer que le myome utérin entraîne un retard parfois très grand dans cet arrêt physiologique des fonctions génitales chez la femme.

Parmi les malades opérées entre 40 et 50 ans, nous n'en avons pas trouvé une seule qui ait atteint la ménopause.

Chez certaines femmes, jusqu'à 50, 55 ans, aucun symptôme n'attire l'attention du côté de l'utérus ; et le retard de la ménopause marque le début de l'affection.

C'est alors seulement que les règles au lieu de disparaître deviennent à la fois plus abondantes et plus prolongées et que d'autres symptômes font leur apparition.

Dans le *Journal de Chirurgie* de janvier 1910, Baumgartner reproduit une observation de Palm, de Berlin,

qui est des plus démonstratives : « Il s'agit d'une femme de 66 ans qui souffre de métrorragies depuis cinquante ans et qui accuse depuis cette époque des douleurs dans le bas-ventre et la région sacrée. Un médecin consulté au début constate la présence d'une tumeur utérine grosse comme une tête d'enfant. Il essaye sans succès d'un trai-à l'ergotine, puis se décide à envoyer la malade à un gynécologue. Celui-ci se contente de faire un curettage, espérant que la ménopause amènera la cessation des hémorragies mais il n'en est rien ; pendant dix ans les hémorragies, se répètent nécessitant plusieurs fois un tamponnement énergique, et condamnant la malade au lit.» Une période d'accalmie se produit, puis les hémorragies recommencent. Après avoir plusieurs fois refusé l'intervention, la malade s'y résigne dans un état de faiblesse et de cachexie marquées.

Chez d'autres malades, les ménorragies, les métrorragies apparaissent bien longtemps avant l'âge critique. Pendant dix et quinze ans, elles attendent la ménopause ; des périodes de rémission leur font croire à la guérison, mais ces périodes sont courtes, et les hémorragies recommencent plus fortes ; tantôt les pertes deviennent continuelles, tantôt, dans l'intervalle des ménorragies, s'installent des pertes séreuses abondantes et fétides.

Les hémorragies constituant le symptôme le plus commun, lorsqu'à la ménopause elles disparaissent. On est naturellement porté à considérer ce résultat comme définitif, et on parle volontiers de guérison. On oublie que la tumeur va continuer à évoluer insidieusement, que d'autres symptômes apparaîtront plus tard qui réclameront l'intervention, à un âge plus avancé.

Nous avons observé plusieurs cas où les douleurs ne se sont manifestées qu'après cinquante ans, après la cessation des hémorragies, plusieurs cas également où les troubles de compression n'ont fait leur apparition qu'à partir de cet âge.

D'autres malades se sont présentées au chirurgien sans hémorragies, sans douleurs très vives, sans troubles de compression ; et c'est vers 60 ans seulement que l'opération avait été rendue nécessaire par une tumeur volumineuse.

De pareils cas n'embellissent pas une statistique.

CHAPITRE III

Traitement

Inefficacité et inconvénients du traitement symptomatique

Il est bon de traiter les hémorragies, de calmer les douleurs. Mais vouloir par un traitement symptomatique prolongé obtenir la guérison d'un myome, ce n'est pas seulement faire œuvre inutile, c'est rendre un mauvais service aux malades.

De nombreux médicaments ont été employés dans un but curatif : l'iode, l'iodure de potassium, le chlorure de calcium, la teinture de cannabis, l'hydrastis. Ils ont tous eu des succès éphémères. L'ergotine même après quatre cents et quinze cents injections, n'a jamais pu déterminer l'atrophie d'une tumeur. On comprend les inconvénients et les dangers d'une telle thérapeutique.

Le repos absolu, les injections vaginales, d'eau chaude à 50°, le tamponnement vaginal, rendent encore de grands services. Mais ce sont là des moyens d'urgence.

Parmi les méthodes palliatives, l'électricité a été dans ces dernières années en grande faveur. Son application au traitement des myomes utérins a été surtout favorisée

par la gravité de l'hystérectomie. A ses débuts des partisans enthousiastes purent s'écrier : « Plus d'ovariotomie. » Les résultats n'ont malheureusement pas répondu à cette attente.

Déjà Lawson Tait s'élevant contre l'électrolyse : « Depuis 1827, disait-il, l'électricité a toujours été une source de désappointements pour certains praticiens et une véritable mine d'or pour les autres. »

Il est incontestable qu'on obtient parfois une amélioration rapide, une légère régression, mais les résultats sont difficiles à maintenir, et si on abandonne la malade à elle même la tumeur tend à reprendre son volume primitif, les symptômes reparaissent.

Parfois aussi la mort survient au cours du traitement par gangrène et infection. Galina dans sa thèse (1908), rapporte plusieurs cas, malheureux et conclut : « Le traitement systématique des fibromes par l'électricité, doit être rejeté chaque fois que la malade est en état de supporter une opération. »

Il faut attendre que cette méthode ait subi le contrôle indispensable par l'hospitalisation des malades. On ne peut tabler sur des statistiques de clientèle où l'intérêt scientifique n'est que trop souvent secondaire.

Les eaux chlorurées sodiques jouissent d'une bonne réputation dans la thérapeutique des myomes. Il n'est pas douteux qu'un séjour de plusieurs mois à Biarritz, à Salies-de-Béarn, peut améliorer l'état général de quelques malades épuisées par les hémorragies. On ne peut guère demander davantage à ce traitement.

Couramment employés sont encore *les procédés chirurgicaux palliatifs.*

Le curettage dirigé contre les hémorragies parvient souvent à les diminuer, mais ses effets sont exceptionnellement durables. On en trouvera de nombreux exemples dans nos observations. Par contre, il peut être fort dangereux en provoquant des phénomènes inflammatoires dans la tumeur.

Le crayon de chlorure de zinc si fréquemment employé par Laroyenne rendra encore service chez certaines malades dont l'état général ne permet pas l'indication opératoire.

La ligature des utérines n'est plus qu'un souvenir. Malgré les faits intéressants rapportés par Delagenière au Congrès de Paris en 1900, on ne recourt plus aujourd'hui à cette méthode pour obtenir l'atrophie d'un myome.

L'*opération de Battey*, ou castration ovarienne, a été en honneur il y a quelque quinze ans, lorsque l'ablation des deux ovaires était moins pénible que celle du myome. Elle est aujourd'hui complètement abandonnée.

En somme, parmi les moyens palliatifs que nous venons d'énumérer, tous certainement ne méritent pas de tomber dans l'oubli. Certains rendront encore de grands services. Par le repos, les injections chaudes, le tamponnement on viendra à bout des hémorragies, mais il est inutile d'insister sur les dangers d'un traitement symptomatique trop longtemps prolongé.

Traitement chirurgical curatif. — Ce traitement comprend deux méthodes : la première consiste à enlever la tumeur, c'est la myomectomie, qui conserve l'organe et la fonction ; la seconde consiste dans l'ablation de la tumeur et de l'organe qui la renferme, c'est l'hystérectomie. L'une et l'autre se pratiquent par la voie vaginale et la voie abdominale.

Le choix entre les divers procédés est tantôt réglé par le siège, le volume de la tumeur, tantôt déterminé par le chirurgien d'après son expérience. Nous allons examiner rapidement ces procédés, pour insister ensuite sur l'hystérectomie sub-totale telle que la pratique depuis longtemps le Dr Albertin.

Voie vaginale. — *La polypectomie* s'adresse aux myomes pédiculés de la cavité utérine. Sa technique est simple, ses indications bien définies. Cependant elle n'est pas exempte de dangers lorsque le pédicule est court et la tumeur volumineuse. Il y a tous les intermédiaires entre cette opération et la *myomectomie vaginale*.

Cette dernière a pour but, l'énucléation simple ou avec morcellement des myomes sous-muqueux et interstitiels avec conservation de l'utérus et des annexes. L'idée de l'énucléation simple appartient à Velpeau. Mais c'est Amussat qui exécuta le premier cette opération, en 1840. Après une période de grande vogue, de nombreuses déceptions vinrent diminuer le nombre de ses partisans. Elle ne pouvait s'appliquer qu'aux myomes de petit volume. Aussi Emmet, en 1886, appliqua-t-il systématiquement le morcellement à la cure des myomes interstitiels. Malgré les succès obtenus par Péan, la myomectomie ne tarda pas à tomber en désuétude. Son gros avantage serait de conserver l'utérus chez les jeunes femmes. Or, sur un grand nombre d'opérations pratiquées, on a rarement observé des grossesses consécutives. D'autre part, il n'est pas rare de voir après une myomectomie, d'autres myomes se développer dans l'utérus et déterminer de nouveaux accidents. Nous rapportons un cas d'hystérectomie chez une femme myomectomisée.

Enfin les accidents au cours de l'opération, les dangers d'infection restreignent considérablement ses indications.

L'hystérectomie vaginale, exécutée pour la première fois en France, par Péan et perfectionnée par Doyen, est encore en honneur auprès de certains chirurgiens, qui tiennent compte du volume de la tumeur pour choisir la voie vaginale.

La voie abdominale a été la règle dans les observations que nous avons recueillies ; ce choix est inhérent à la personnalité du chirurgien.

Hystérectomie abdominale. — Son histoire déjà fort ancienne a été marquée par des progrès continus. Le premier procédé (Heath, 1843) était un procédé à pédicule interne avec ligature en masse du moignon. Avec Péan le pédicule devint externe.

Cependant le pédicule externe était la cause de nombreux accidents. Aussi en 1878, Schrœder revenait au pédicule interne, mais il pratiquait alors la ligature isolée des utérines, la suture du col et la réfection du péritoine par dessus le moignon.

C'est la subtotale telle qu'on la pratique à l'heure actuelle suivant des procédés différents.

En 1898, Péan faisait en France la première ablation par la voie abdominale et la voie vaginale combinées, et la même année Doyen décrivait le procédé d'hystérectomie totale qui porte son nom.

Depuis, totale et subtotale se sont partagées les faveurs des chirurgiens, assez inégalement d'ailleurs, car la subtotale a rallié la plupart des suffrages.

L'hystérectomie totale conserve des indications :

1° Lorsqu'il est nécessaire de drainer, le drainage se fait mieux après l'ablation complète de l'utérus ;

2° Lorsque le myome s'est développé très bas, il est parfois impossible de laisser un moignon.

D'une façon générale, l'hystérectomie subtotale présente de nombreux avantages : « Si on la compare à l'hystérectomie totale, elle est plus facile, moins hémorragique, plus facilement aseptique, et par conséquent plus bénigne. »

Les cas de récidive dans le moignon sont excessivement rares. La possibilité de l'évolution d'un épithélioma, n'est pas une raison suffisante pour faire rejeter cette opération.

Myomectomie abdominale. — La myomectomie abdominale serait bien supérieure à l'hystérectomie et devrait lui être préférée si elle était applicable. Malheureusement ses indications sont très restreintes.

D'après Pozzi, on devrait réserver l'opération aux cas suivants : femme jeune, annexes saines, au moins d'un côté ; tumeur principale de moyen volume (ne dépassant guère le poing ; tumeurs accessoires en nombre restreint (deux ou trois du volume d'une noix ou d'une noisette, pourvu qu'elles soient facilement accessibles et dans une région peu vasculaire.

Ces conditions sont très rarement réunies, et dans notre statistique, on ne trouvera qu'un cas de myomectomie ; il s'agissait d'un myome sous-péritonéal sessile.

Par contre, une malade qui avait subi à Paris une myomectomie, vint se faire opérer pour un myome interstitiel par M. le docteur Albertin, qui pratiqua l'hystérectomie.

CHAPITRE IV

Résultats

Il suffit de parcourir les statistiques publiées dans ces vingt dernières années pour se rendre compte des progrès considérables réalisés par le traitement chirurgical du myome utérin.

Nous sommes loin aujourd'hui des 36 % à 40 % de mortalité que donnait couramment l'hystérectomie à pédicule extrapéritonéal, des 50 % de mortalité de l'hystérectomie totale à ses débuts.

La mortalité opératoire s'est abaissée à 10, à 5 et même à 2,5 %.

Giles, de Londres, a publié en 1910 une série de 228 cas d'hystérectomie avec 10 morts.

Certains chirurgiens, tels que Lauwers, de Bruxelles, ont même pu annoncer des résultats plus heureux. Une statistique de 300 cas d'hystérectomie avec 7 décès seulement, soit 2,33 %, montre bien à quel point peuvent réduire leur mortalité, les chirurgiens qui, sans doute, ne s'attaquent pas à tous les cas.

Le grand tort des statistiques brutes est de ne pas faire entrer en ligne de compte l'état de l'opérée.

« L'emploi de la meilleure technique, a dit Pozzi, et la pratique de l'asepsie la plus rigoureuse, ne permettront jamais de réduire à néant la mortalité opératoire chez des femmes épuisées par des hémorragies répétées, atteintes souvent de dégénérescence du cœur et des reins. »

Aussi, dans l'exposé des résultats, distinguerons nous les interventions chez les jeunes, des interventions chez les malades âgées. Nous verrons ensuite dans quel état se trouvaient les malades qui succombèrent à l'opération.

Avant quarante ans :

142 interventions donnèrent 1 décès, soit un mortalité de 0,7 %.

Entre quarante et cinquante ans :

212 interventions donnèrent 16 décès, soit une mortalité de 7,5 %.

Après cinquante ans :

44 interventions donnèrent 9 décès, soit une mortalité de 20 %.

Après 40 ans, 220 hystérectomies sub-totales furent pratiquées avec 18 décès ; 36 hystérectomies totales avec 5 décès.

Ces résultats sont à l'avantage de l'hystérectomie sub-totale ; il est vrai aussi que l'hystérectomie totale a été réservée aux cas les plus difficiles.

CAUSES DES DÉCÈS

Avant quarante ans. — La seule malade qui succomba à l'intervention souffrait de son affection depuis sept ans ; pendant toute cette période elle avait présenté des hémorragies abondantes et dans l'intervalle des périodes menstruelles, des métrorragies, des pertes séreuses. Depuis

deux ans, elle accusait des douleurs abdominales et lombaires. A l'intervention on tomba sur des adhérences intestinales ; il se produisit une hémorragie en nappe. Pendant les suites opératoires l'état de cachexie ne fit que s'accentuer et la mort survint trente jours après l'intervention.

Entre quarante et cinquante ans. — Sur seize décès, six doivent être attribués à des complications pulmonaires survenues chez des malades débilitées par des hémorragies apparues depuis plusieurs années.

Deux décès survinrent, l'un vingt-deux jours, l'autre cinq jours après l'intervention, attribuables à des lésions rénales qui ne s'étaient même pas manifestées par de l'albuminurie. Une des malades était atteinte d'une néphrite à gros rein blanc œdémateux qui ne fut reconnue qu'à l'autopsie.

Six décès furent occasionnés par des phénomènes d'infection ou d'occlusion intestinale. Chez toutes les malades, l'intervention avait été rendue extrêmement difficile par la présence d'adhérences ou de lésions annexielles.

Une malade succomba dix jours après l'intervention à la suite d'une parotidite aiguë, de cause locale.

Un décès survint à la suite d'une hémorragie post-opératoire. Il s'agissait d'une malade ayant présenté des hémorragies abondantes à répétition pendant un an, et opérée dans un état d'anémie extrême. La tumeur avait contracté des adhérences multiples qui nécessitèrent la ligature de l'artère et de la veine hypogastriques.

La mort a eu lieu neuf jours après l'opération.

Après cinquante ans. — Sur neuf décès après cinquante ans, cinq sont attribuables à des complications pulmo-

naires : pneumonie, broncho-pneumonie qui entraînèrent la mort du cinquième au douzième jour après l'intervention.

Une malade mourut dans un état de collapsus cardiaque le cinquième jour après l'opération. L'intervention avait été compliquée par la présence d'une poche kystique volumineuse développée dans le ligament large.

Deux décès survinrent, l'un quatre jours, l'autre six jours après l'opération par occlusion intestinale sans péritonite. Dans les deux cas l'autopsie révéla un volvulus du côlon descendant.

Une malade succomba le cinquième jour avec une température très élevée, alors que pendant les quatre premiers jours le thermomètre ne s'était pas élevé au-dessus de 38°.

Il semble bien, d'après l'examen de ces cas, que la gravité opératoire augmente en raison directe de l'âge des malades et nous pensons que ce fait résulte de deux facteurs :

1°) l'état général : le plus souvent après quarante ans le chirurgien se trouve en présence de femmes obèses, emphysémateuses, présentant des lésions des reins et du cœur. Ces lésions, qu'elles soient ou non conditionnées par l'affection utérine, ne mettent pas moins la malade dans un état de moindre résistance qui rend plus aléatoire le résultat de l'intervention. Ainsi s'expliquent les broncho-pneumonies, les œdèmes pulmonaires, qui assez fréquemment emportent les opérées. Nous n'insisterons pas sur les dangers de l'anesthésie en pareil cas.

On nous dira que l'albuminurie, les lésions cardiaques constituent des contre-indications. Malheureusement, lorsque les malades âgées se décident à l'intervention, le

traitement chirurgical constitue bien souvent la seule chance de guérison qui leur reste. Et l'on voit souvent l'hystérectomie ressusciter pour ainsi dire des femmes condamnées à mourir dans un bref délai. Il est difficile d'apprécier exactement l'état du cœur. Le plus souvent les signes stethoscopiques manquent. On constate simplement des palpitations, de l'essoufflement et ces symtômes fonctionnels peuvent très bien disparaître après l'opération. Il en fut ainsi chez la malade dont M. Violet a rapporté l'observation.

L'état du rein n'est pas moins difficile à connaître ; l'albuminurie ne signifie pas que le chirurgien doive s'abstenir. Combien de malades albuminuriques furent complétement guéries après l'intervention ! Nous pensons qu'il serait nécessaire en pareil cas de rechercher la valeur fonctionnelle de ces organes et de réserver l'opération aux malades chez lesquelles le filtre rénal reste suffisant.

2°) l'état local : On aurait tort de considérer l'évolution du myome utérin comme anodine. A la longue s'établissent des adhérences périphériques, des lésions de pelvi-péritonite chronique, des lésions salpingiennes. Les lésions intra-utérines ne sont pas négligeables. La métrite infectieuse est à peu près la règle. Il n'est pas rare d'observer la gangrène ou le sphacèle des myomes sous-muqueux. Pour toutes ces raisons l'opération devient complexe au point de vue de la technique opératoire et le champ opératoire perd son caractère d'asepsie qui est presque la règle chez les femmes jeunes.

Chez les malades qui depuis fort longtemps portaient leurs myomes, les indications opératoires posées à une date antérieure, auraient pu être remplies avec moins d'aléa.

Répéter après Verneuil que « les chiffres accusés par les chirurgiens les plus habiles à la suite de l'opération, présentent un contraste frappant avec la rareté de la mort par myomes inopérés » serait oublier que la chirurgie a fait diminuer les morts sans intervention, en les prenant à son compte.

Loin de diminuer la valeur du traitement chirurgical, les résultats malheureux des interventions tardives, montrent au contraire, la nécessité des interventions précoces. Il est évident qu'on ne peut comparer la gravité du myome utérin à la gravité du cancer ; il n'en est pas moins vrai que beaucoup de malades succombent pour avoir trop attendu.

On se trouve en présence d'un dilemme : le myome chez les femmes jeunes peut être bien supporté ; on ne l'opère pas. A mesure que la malade vieillit, la gravité opératoire augmente,

Et après 50 ans, l'intervention pour myome comporte une certaine mortalité.

Est-ce à dire que tout myome diagnostiqué avant 40 ans doit être opéré ?

Oui, nous répond notre statistique. Mais dans la pratique, il en est autrement, et bien souvent le myome apparaît ou se révèle tardivement.

En outre, l'absence d'inconvénients pour la malade qui en est porteur, n'autorise pas le médecin à poser l'indication opératoire. On nous permettra cependant de dégager ce fait que chez les femmes jeunes, l'ablation de l'utérus grevé d'une tumeur myomateuse, comporte le minimum de risques opératoires.

C'est donc à cette période que l'on pourra, en inter-

prétant la symptomatologie, poser le plus largement l'indication opératoire, l'expectation comportant des réserves sur l'aggravation du pronostic avec l'âge, et devant être complétée par des examens qui permettent de suivre l'évolution de la tumeur et son retentissement sur l'état de santé général de la malade.

Nous n'avons pas la prétention d'établir de par des chiffres portant sur une statistique de cas opérés, les indications formelles de la thérapeutique opératoire.

Il faudrait compléter cette statistique par celle que pourraient fournir un grand nombre de médecins ayant assisté à l'évolution complète de l'affection sans intervention.

La statistique chirurgicale bénéficierait probablement de sa juxtaposition à une statistique médicale.

CHAPITRE V

Statistique

Fréquence comparative des interventions à l'époque de la ménopause

L'étude anatomique que nous avons faite nous fait prévoir l'apparition de symptômes graves au moment de la ménopause. Cependant on parle souvent de l'influence bienfaisante de la ménopause sur le myome utérin.

L'âge crépusculaire, si riche en accidents et en désordres de toutes sortes, qu'on lui donne plus communément le nom déjà critique, serait pour le myome, le moment de l'atrophie, de la régression et de la guérison.

Spencer Wells dit avoir souvent constaté la rétrocession des symptômes. « Si rien ne vient modifier sa marche, dit-il, la tumeur disparaît au moment de la ménopause. » De ce principe, Hégar, de Fribourg et Lawson-Tait, de Birmingham, tirèrent l'idée de déterminer une ménopause anticipée. Ce fut l'origine de l'opération de Battey, Alban Doran estime que la disparition des fibromes au moment de la ménopause, se produit généralement. C'est

encore l'opinion de Stopin, de Rubeska, de Parson, de Goclet.

L'époque où les chirurgiens discutaient avec le plus d'acharnement sur les bienfaits de la ménopause, était aussi celle où Spencer Wells, écrivait : « Toutes les fois qu'un chirurgien, croyant opérer un kyste de l'ovaire, se trouve en présence d'un fibrome du corps l'utérus, il doit se hâter de refermer le ventre, l'ablation étant impossible ou mortelle ».

Cependant, dès 1893, Péan, parlant de la prétendue bénignité des corps fibreux, s'efforçait de montrer combien est illusoire le rôle de la ménopause : « A ceux qui prétendent, disait-il, que la ménopause amène chez ces malades, une guérison spontanée, nous répondrons que notre statistique ne plaide pas en leur faveur :

Sur 250 opérés :	30	avaient	de 20 à 30 ans
	70	—	de 30 à 40 ans
	100	—	de 40 à 50 ans
et	10	—	de 60 à 70 ans

Ce qui prouve jusqu'à l'évidence que les anciens médecins qui ont appelé critique l'âge de 40 à 50 ans étaient dans le vrai, puisque c'est à cette période que débutent beaucoup de maladies qui mettent la vie en péril. Ce n'est donc pas un âge bienfaisant ainsi que l'ont prétendu certains chirurgiens pour couvrir leur impuissance au lieu d'en faire l'aveu. »

On ne retrouve plus la même animosité dans les discussions qui ont eu lieu depuis à ce sujet, mais il suffit de parcourir les statistiques publiées pour constater qu'elles se rapprochent beaucoup de celle de Péan, Bouilly,

Martin, Lauwers et Quénu ont prouvé que c'est presque exclusivement vers 40 et 50 ans, que les malades se décident, par l'exagération des symptômes, à réclamer l'intervention.

De la statistique présentée au congrès Egyptien, par le professeur Spinelli, résulte ce fait que, sur 62 hystérectomies pour myomes, vingt et une fois l'opération fut pratiquée au moment de la ménopause.

Inverardi donne 50,2 % d'opérations autour de 40 ans.

La statistique de Doderlein est encore plus favorable à notre thèse ; 56 % de ses opérés se trouvent entre 40 et 50 ans. La statistique de Cazenave montre que 50 % des opérés ont de 40 à 50 ans. De même, Callingworth dit que sur 100 malades, l'opération a été pratiquée avec le minimum de fréquence entre 40 et 45 ans.

Schwarzemback rapporte que, sur 345 opérations, la plus grande partie a été pratiquée entre 35 et 55 ans.

Sur 120 hystérectomies abdominales Haultain a trouvé :

80	malades ayant	de 40 à 50 ans
8	—	de 50 à 60 ans
20	ayant plus	de 60 ans

Sur les 8 malades de 50 à 60 ans, une seule avait atteint la ménopause.

On peut ajouter que dans les cas abandonnés à eux mêmes, la mort, lorsqu'elle survient, arrive presque toujours à l'époque de la ménopause. Dans les 170 cas de mort par fibromyomes réunis par Pellanda, l'âge moyen de la mort a été : 44 ans 9 mois.

Il est enfin bien démontré aussi que le myome utérin entraîne ordinairement un retard de la ménopause.

D'après Kleinwachter, dans 67 % des cas, la ménopause est retardée jusqu'après 50 ans, tandis que sur 100 femmes non fibromateuses, 11 seulement atteignent leur retour d'âge après 50 ans.

« Il est faux, écrit Arvain James, que la situation change avec la ménopause : celle-ci est, par contre, souvent retardée de 8 à 10 ans au moins et dans beaucoup de cas, la tumeur croît plus rapidement à ce moment de l'existence. »

Pour toutes ces raisons, Jacobs considère la ménopause comme l'âge critique du myome.

« Gardons-nous bien, dit-il, de laisser espérer aux malades atteints de fibromes la guérison au retour d'âge. Mettons, au contraire, notre responsabilité à l'abri en réservant notre diagnostic. »

La statistique que M. le Docteur Albertin a bien voulu nous confier confirmera ces opinions.

STATISTIQUE DU Dr ALBERTIN

(1904-1910)

(142 interventions avant quarante ans.)

212 interventions entre quarante et cinquante ans.
44 interventions après cinquante ans.

Les 256 interventions après quarante ans, comprennent :

219 hystérectomies subtotales.
36 hystérectomies totales.
1 myomectomie

NOM, AGE	Ménop.	Grosses.	DÉBUT des sympt.	SYMPTOMES	DIAGNOSTIC — INTERVENTION	RÉSULTAT
Car... 43		0	2 a.	Ménorragies, cast., métrorragies, douleurs, albuminurie.	Myome (vol. tête d'enfant) hyst. tot. hématosal. double. 28 janv. 1904.	**Guérison**
Doz... 48		0	12 a.	Pesanteur, pollakurie, constipation.	Myome (4 kil.), cast. kyst. subt. 17 mars 1904.	**Guérison**
Vei... 42		0	15 a.	Métrorragies croissantes, douleurs vives, constipation. albuminurie.	Myome volumineux, kyste du ligam. larg. hyst. sub. 27 avril 1904.	**Guérison**
Mar... 46		1	3 a.	Métrorragies, pertes blanches, pollakurie, constipation.	Myome utérin volumineux, hyst. (Doyen). 24 février 1904.	**Guérison**
Fio... 46		2	plus. a.	Ménorragies, douleurs.	Myome volumineux, cast. hyst. tot. (Doyen). 25 mars 1904.	**Guérison**
Gil... 40		8	3 a.	Pertes blanches, ménorragies, douleurs abdominales et lombaires.	Gros myome adhérent au Douglas, cast. hyst. sub. 4 avril 1904.	**Mort**, 7e jour pneum. double
Del... 40		3	14 a.	Ménorragies, curettages, pertes contin., douleurs, incont. d'urine, amaigrissement.	Utérus myomateux, hyst. sub. cons. des annexes. 15 octobre 1904.	**Guérison**
Cha... 43		2	3 a.	Douleurs très vives. Antécédents : rhumatisme art. aigu.	Myome volumineux, cast. hyst. sub. 15 juin 1904.	**Mort**, album. asyst. 22 jours
Cha... 46		3	4 a.	Ménorragies suivies de métrorragies, douleurs violentes, pollakurie, dysurie.	Myome volumineux, cast. hyst. sub. 26 octobre 1904.	**Guérison**
Hig... 47		»	»	Ménorragies suivies de métrorragies, douleurs violentes, pollakurie, dysurie.	Gros myome, hyst. sub. 30 juin 1904.	**Guérison**
Rob... 46		2	4 a	Ménorragies, pertes blanches, douleurs légères, dyspnée.	Gros myome remplissant l'excavation, hyst. sub. 17 juin 1904.	**Guérison**
Du... 41		0	10 a.	Douleurs.	Myome volumineux, hyst. sub., adhérences. 28 juillet 1904.	**Guérison**
Chau.. 41		0	6 a	Ménorragies, pertes blanches, pesanteur, dyspnée.	Myome (poing), adhérences, cast. hyst. sub. 17 juillet 1904.	**Guérison**

Mou...	47		1	1 a.	Douleurs, poussées fébriles.	Utérus myomateux, kyst. de l'ovaire suppuré, uré. cast. hyst. sub. 17 novembre 1904.	**Guérison**
Mon...	50		1	2 a.	Pesanteur, constipation, dysurie.	Myome du lig. large, hyst. sub. 8 décem. 1904.	**Guérison**
Cha...	47	50	0	3 a.	Ménorragies, douleurs, palpitations, dyspnée.	Myome volumineux, hyst. sub., res. part. ov. g. 24 novembre 1904.	**Guérison**
Tis...	45		1	9 m.	Ménorragies, douleurs, constipation.	Myome et kyste de l'ovaire, hyst. sub. 4 décembre 1904.	**Guérison**
Ren...	43		2	2 a.	Ménorragies, douleurs irradiées, dysurie, dyspepsie.	Utérus myomateux hémosalp., cast., hyst. sub. 8 novembre 1904.	**Guérison**
Rob...	47		3	4 a.	Ménorragies, pertes continuelles, douleurs, amaigrissement.	Myome utérin, hyst. tot. 1er mars 1906.	**Guérison**
Bar...	45		0		Hémorragie, troubles de compression multiples.	Myome, hyst. subt. 6 septembre 1904.	**Guérison**
Burd..	45				Ménorragie, douleurs aiguës, polypectomie antérieure.	Myome pédiculé sphacelé, hyst. subt. 1904.	**Guérison**
Chev..	46		0	1 an	Troubles gastriques.	Gros myome utérin, hyst. tot. 19 avril 1904.	**Guérison**
Cho...	47					Myome utérin vol. de deux poings, hyst. sub. 25 novembre 1904.	**Guérison**
Tou...	42		1	6 m.	Ménorragies. pertes blanches, douleurs, dysurie.	Gros myome (tête d'adulte), cast. hyst. sub. 4 octobre 1905.	**Guérison**
Den...	40		4	1 an	Ménorragies, pertes blanches, douleurs vives, constipation, amaigrissement.	Gros ut. myom., ovaires kystiques, hyst. sub. 4 octobre 1905.	**Guérison**
Gen...	45		1	2 a. 1/2	Métrorragies abondantes, douleurs, constipation, amaigrissement.	Gros ut. myom., hyst. sub., cos., 10 janv. 1905.	**Guérison**

NOM, AGE	Ménop.	Grosses.	DÉBUT des sympt.	SYMPTOMES	DIAGNOSTIC — INTERVENTION	RÉSULTAT
Pit.... 45		0	3 a.	Ménorragies, métrorragies, pertes blanches, douleurs vives, pollakiurie, dysurie.	Myome utérin (tête fœtale), hyst. sub. 1er mars 1905.	**Guérison**
Ber... 40		6	qq. mois	Règles irrégulières, métrorragies, douleurs.	Myome sous-muqueux, ov. kyst. hydrosalpinx, cast. hyst. subt. 9 novembre 1905.	**Guérison**
Mar... 47		0	3 a.	Ménorragies, pertes blanches, douleurs.	Myome (vol. de 2 poings), hyst. subt. 23 oct. 1905	**Guérison**
Aug... 46		0	1 a.	Règles abondantes, pertes blanches, douleurs légères.	Myome, hydrosalpinx double. cast. subt., drain vag., 12 octobre 1905.	**Guérison**
Com... 47		1	2 a.	Ménorragies, pertes blanches, douleurs légères.	Myome sous-muqueux, hyst. tot. (Doyen), 18 octobre 1905.	**Guérison**
Dur... 47		2		Douleurs vives irradiées.	Utérus myom., pyosalpinx droit, hyst. tot. (Doyen), 25 août 1905.	**Guérison**
Bou... 47		0	3 m	Pesanteur, constipation, dysurie, pollakiurie.	Myome ut., adhérences, salpingite ancienne, cast. hyst. subt., 19 septembre 1905.	**Guérison**
Cal.... 45		3	3 a	Ménorragies, métrorragies, douleurs irradiées.	Gros ut. myom., cast. hyst. subt., 19 sept. 1905.	**Guérison**
Bri.... 47			2 m.	Métrorragies, douleurs légères.	Myome sous-muqueux pédiculé, hyst. subt., conserv. des annexes, 12 janvier 1905.	**Guérison**
Pio.... 45		0	qq. an.	Ménorragies, pertes blanches.	Myome volumineux (6 k. 100), adhérences, hyst. tot., 18 avril 1905.	**Guérison**
Mor...			11 a.	Myomectomie en 1902, douleurs violentes.	Ut. myom., hyst. tot. (Doyen), 10 mai 1905.	**Guérison**
Mor... 44		2	2 m.	Ménorragies, constipation.	Myome utérin, hyst. subt., 2 mai 1905.	**Guérison**
Riv. 41 1/2		1	4 m.	Ménorragies, douleurs, pollakiurie, pesanteur.	Gros myome (tête d'enfant), hématsalp. double, hyst. subt., 8 mars 1905.	**Guérison**
Ron... 40		2	4 a.	Ménorragies, douleurs irradiées, constipation, [illegible]	Gros myome multilobé, hyst. subt. 7 mars 1905.	**Guérison**

					18 août 1905.	Guérison
Vil 41		1	3 a.	Métrorragies, pertes blanches, douleurs intenses.	Myomes multiples, hyst. subt., 21 août 1905.	**Guérison**
Lau ... 46		4	2 a.	Ménorragies, Métrorragies, pertes blanches, douleurs, incontinence légère.	Myomes multiples, cast. hyst. subt., 6 janvier 1905	**Guérison**
Del 48		3	1 a.	Ménorragies, douleurs, constipation, pollakiurie, amaigrissement.	Myome ut. volumin., hyst. tot., 28 mars 1905.	**Mort** 7 avril parotidite
Gra ... 49		0	5 a.	Ménorragies, pertes blanches.	Utérus myom., adhérences, cast. hyst. subt., 6 décembre 1905.	**Mort** Bronc. pneumo.
Gui. 41 1/2		5	8 a.	Ancienne myomectomie vaginale à Paris, douleurs, pesanteur, constipation.	Ut. myom., adhérences, hyst., subt. difficile, 30 juin 1905.	**Mort** 3 juillet occl. intest.
Beil ... 49		1	18 m.	Métrorragies, pertes blanches, affaiblissement.	Myome sous-péritonéal et sous-muqueux, hyst. totale (Doyen), 14 novembre 1905.	**Mort** occl. intest.
Ver ... 40		0	Opérée il y a 2 ans	Douleurs, pesanteur, constipation, dysurie, anorexie.	Utérus myomateux, hyst. subt., 13 octobre 1905.	**Guérison**
Com .. 48		4	10 m.	Métrorragies, douleurs irradiées, constipation, anorexie, amaigrissement.	Utérus myomateux, hyst. subt., 7 juin 1905.	**Guérison**
Dur ... 44		5	1 a.	Ménorragies, métrorragies.	Myome avec polype intracervical, adhérences, cast. hyst. tot, dr. vagin., 23 septembre 1905.	**Mort** 25 sept. occl. intest.
Grob .. 43		0	8 a.	Ménorragies, pesanteurs, constipation, rétention d'urine, vomissements, phén. péritonéaux.	Utérus myomateux, hyst. subt. 14 juin 1905.	**Mort** 18 juin néphrite
Eym. 46 1/2		0	8 a.	Ménorragies, pertes blanches, douleurs lancinantes, dysurie amaigrissement, faiblesse.	Utérus myomateux, ov. dr. kystique, hyst. subt. 5 mars 1905.	**Guérison**
Pleu .. 41		0	1 a.	Pertes blanches, sensation de tumeur abdominale, pollakiurie, troubles gastriques.	Myome du corps sous-péritonéal, myomectomie 23 juin 1905.	**Guérison**
Mon .. 42		1	6 m.	Ménorragies, pertes blanches, constipation.	Myome utérin, hyst. subt., 29 octobre 1905.	**Guérison**
Noe .. 47					Myome utér., adhérences, hyst. tot., 29 mai 1906.	**Guérison**

NOM — AGE	Ménop.	Grosses.	DÉBUT des sympt.	SYMPTOMES	DIAGNOSTIC — INTERVENTION	RÉSULTAT
Gui.... 42		4	3 a.	Pertes aqueuses, douleurs, dysurie.	Myome utérin volum. enclav., hyst subt. 28 novembre 1906.	**Guérison**
Ryz ... 42					Myomes multiples adhérents à l'épiploon, hyst. subt., 11 décembre 1906.	**Guérison**
Lam .. 44		4	2 a.	Ménorragies douleurs lombaires, amaigrissement, asthénie.	Utér. myom. hydrosalp droit, adhér. Douglas, hyst. subt., 6 juin 1906.	**Guérison**
Fon... 40		1	1 m.	Ménorragies, constipation, amaigrissement, petit goître.	Myome peu volumineux, hyst. subt., 22 mai 1906.	**Guérison**
Gar... 47		1	2 a.	Ménorragies, anémie, amaigrissement.	Myome volumineux multiobé, hyst. subt., 15 juin 1906.	**Guérison**
Cey.... 40		1	6 a.	Ménorragies et métrorragies, douleurs lombaires, constipation, dysurie.	Utérus myomateux, kyste de l'ovaire droit, salping gauche, cast. hyst. subt. 4 avril 1906.	**Guérison**
Bla ... 46		2	5 a.	Métrorragies, polype, amaigrissement.	Myome utérin, hyst. subt 17 mai 1906.	**Guérison**
Tro ... 48		2	1 a.	Ménorragies, métrorragies, douleurs lombaires, constipation, amaigrissement.	Utérus myomateux en rétroversion, cast. hyst., sub., 1er juin 1906.	**Guérison**
Des .. 41		4	2 a.	Pertes blanches, douleurs vives constipation.	Myome (tête de fœtus), cast. hyst. subt. 11 mai 1906	**Guérison**
Per ... 46		1	2 a.	Ménorragies métrorragies, douleurs, constipation, dysurie, amaigrissement.	Myome (poing), hyst. subt., 14 septembre 1906	**Guérison**
Vin.... 49		0	10 a.	Ménorragies, douleurs lombaires, constipation, dysurie, impotence.	Myome à lobes multiples, hyst. subt., 24 septembre 1906.	**Guérison**
Mel ... 47		4		Métrorragies, douleurs très vives.	Utérus myom. en prolapsus, hyst subt., 21 septembre 1906.	**Guérison**
Cha ... 41		1	plus. a.	Ménorragies. métrorragies, constipation, troubles gastriques.	Myome de la paroi post. sous-muqueux, hyst. subt., 29 août 1906.	**Guérison**

Ber . . .	46		2	3 a.	Pertes blanches, pesanteurs, douleurs, constipation et diarrhée.	Myome télangiectasique, hyst. subt., 26 novembre 1906.	**Guérison**
Dom . .	47		0	qq. mois	Douleurs légères, constipation, digestions pénibles.	Myome du ligament large droit, hyst. subt., 20 novembre 1906.	**Guérison**
Baz . . .	42		3		Pertes blanches et rouges, douleurs à la miction.	Petit myome du fond, hyst. sub , 22 novem. 1906	**Guérison**
Gen . . .	41		2	2 a	Ménorragies, troubles de la miction, cachexie.	Myome utérin (2 poings), ovaires indurés, hyst. subt. 8 août 1906.	**Guérison**
Per . . .	46		1	8 a.	Ménorragies.	Gros myome très vascularisé (tête d'enfant), cast. hyst. subt.. 9 août 1906.	**Guérison**
Eme .	44		5	7 a.	Ménorragies, métrorragies, douleurs, pollakiurie, albuminerie.	Myome utérin, cast. hyst. subt. 7 février 1906.	**Guérison**
Ber . . .	42		4	8 a.	Ménorragies, pertes blanches, pesanteurs, pollakiurie, constipation, parfois rétention.	Myome hyst. tot. (Doyen), 8 mars 1906.	**Guérison**
Desc . .	41		0	2 a.	Ménorragies, douleurs depuis la cessation des pertes.	Myome utérin énorme, cast. hyst. subt,, 10 janvier 1906.	**Mort** 19 janv.
Mor . . .	46		1	2 a.	Pertes continuelles, tamponnement, malade exsangue.	Myome sous-muqeux avec grandes hémorragies, hyst. subt., 24 janvier 1906.	**Mort** 27 janv. hémat. s.-périt.
Car . . .	44		0	5 a.	Douleurs lombaires.	Myomes insterstitiels, 2 ovaires kystiques, hyst. subt., mèche, 15 février 1906.	**Guérison**
Por . . .	44		2	3 a.	Ménorragies, douleurs par crises violentes, constipation, pollakiurie, anémie, vertiges.	Myomes sous-muqueux, hyst. subt., hernie crurale, 25 janvier 1906.	**Guérison**
Lap . . .	42		0	8 m.	Ménorragies, métrorragies, douleurs, constipation, pollakiurie.	Utérus myomateux, ovaires kystiques, cast. hyst. subt., 23 janvier 1906.	**Guérison**
Gra . . .	45		2	2 a.	Métrorragies, douleurs très vives, anémie, amaigrissement.	Utérus myomateux avec gros polype, hyst. subt., 3 octobre 1907.	**Guérison**

NOM — AGE	Ménop	Grosses.	DEBUT des sympt.	SYMPTOMES	DIAGNOSTIC — INTERVENTION	RÉSULTAT
Dup... 40		0	1 a.	Douleurs lombaires, ténesme vésical, amaigris.	Gros myobe bilobé, hyst. subt., 20 décem. 1907.	**Guérison**
Cou. 43 1/2		4	10 a.	Polypectomie (7 ans), curettage (5 ans), métrorragies, constipation, gène de la miction.	Utérus myomateux, hyst. tot. (Wertheim), 29 octobre 1907.	**Guérison**
Bou .. 46		0	qq. mois	Ménorragies, pesanteurs, constipation.	Myome volumineux sous-péritonéal, hyst. subt. 30 novembre 1907.	**Guérison**
Boi.... 45		1	11 a.	Douleurs lombaires, mictions fréquentes.	Myome utérin, cast. hyst. subt., 20 déc. 1907.	**Guérison**
Ble.... 51		3	10 a.	Métrorragies. plusieurs curettages, polypectomie, albuminerie.	Gros myome sous-muqueux, cast. hyst. subt. 9 juillet 1907.	**Guérison**
Bes... 41		3	1 a.	Ménorragies, légères douleurs, amaigrissement, asthénie.	Myome sous-péritonéal, hyst. subt., 15 novembre 1907.	**Guérison**
Bel.... 47		0	1 a.	Métrorragies, constipation, mictions douloureuses.	Myomes multiples, ovaires, scléro-kystiques, hyst. subt. cast., 10 juillet 1907.	**Guérison**
Bau... 47		2	1 a.	Ménorragies, pesanteur, constipation.	Myomes sous-péritonéaux, hyst. subt., 2 mai 1907	**Guérison**
Bar... 41		1	6 m.	Ménorragies, douleurs, mictions fréquentes et douloureuses.	Myome sous-muqueux, hématosalpinx bilatér. hyst. tot. (Doyen), 18 août 1907.	**Guérison**
Arn... 41		1	6 a.	Métrorragies, curettage il y a 3 ans, douleurs pendant les règles, pollakiurie, dysurie, amaigrissement, asthénie, albuminurie.	Utérus myomateux, hyst. subt., hernie crurale, 16 octobre 1907.	**Guérison**
Pad. 40 1/2		0	qq. mois	Ménorragies, pertes blanches.	Utér. myom. ovaire droit kystique, hyst. subt., appendicectomie, 25 mai 1907.	**Guérison**
Noi ... 46		3	11 a.	Ménorragies, métrorragies, pesanteurs, constipation.	Gros utérus, myomes multiples et gros, hyst. subt. 19 janvier 1907.	**Guérison**
Mai ... 46		2	3 a.	Sensation de tumeur, pollakiurie, varices, amaigrissement.	Volumineux myome, adhérences à l'épiploon, hyst, subt. 22 mars 1907.	**Guérison**

				mictions fréquentes, digestion pénible.	bre 1907.	Guérison
Har... 40		3	2 a.	Ménorragies, métrorragies depuis 1 mois, pesanteur, douleurs, mictions fréquentes, dysurie.	Gros utérus myomat., ovaires scléro-kystiques. cast. hyst. subt., 4 septembre 1907.	Guérison
Sel. 46 1/2		2	1 a.	Ménorragies, fétidité des pertes, douleurs lombaires, anémie, amaigrissement.	Utérus myomateux, adhérences, hyst. subt. 25 juin 1907.	Guérison
Sau. 44 1/2		2	10 m.	Métrorragies, pollakiurie, constipation.	Myome ut. multilobé. cast. hyst. sub., 4 juil. 1907	Guérison
Par... 40		1	2 a.	Ménorragies, caillots, douleurs, pollakiurie, amaigrissement.	Myome utérin (tète fœtale), hyst. subt., 10 septembre 1907.	Guérison
Vey ... 41		1	3 a.	Ménorragies, pertes blanches, pesanteur, légères douleurs, amaigrissement.	Gros myome enclavé, adhérences, hyst. tot. (Doyen), 9 décembre 1907.	Guérison
Sou...					Gros uté. myomat., hyst. subt., 29 octobre 1907.	Guérison
ver ... 45				Ménorragies, métrorragies, douleurs lombaires.	Myome (vol. du poing), hyst. subt., 22 janv. 1907.	Guérison
Chav.. 46		0	6 a.	Ménorragies, anémie extrême, troubles cardiaq	Gros myome, ovaires kystiques, cast. hyst. subt. 12 mars 1907.	Guérison
Dal ... 45				Pertes blanches, ménorragies abond.. douleurs irradiées, pesanteur, amaigrissement	Myome vol. du poing), hyst. sub., 26 juin 1907.	Guérison
Fou ... 45		4		Ménorragies, anémie.	Myome enclavé et fixé, hyst. subt., 23 déc. 1907.	Guérison
Gui.... 42		0	5 a.	Métrorragies.	Myome du fond, hématosalpinx, hyst. subt., 17 avril 1907.	Guérison
Nou...			1 a.	Pertes, ménorragies.	Gros myome mou vasculaire, approchant de l'ombilic. hyst subt., 28 janvier 1907.	Guérison
Bonn.. 49		6		Ménorragies, métrorragies.	Myome interstitiel moyen, cast. hyst. tot., 22 juillet 1907.	Guérison
Rec .. 42					Myome utérin, cast hyst. subt. 28 janvier 1908	Guérison
Rob .. 47				Dysurie.	Myo. ut. (tète d'enf.) cast. hyst. sub. 18 août 1908	Guérison

NOM — AGE	Ménop	Grosses	DATE des sympt.	SYMPTOMES	DIAGNOSTIC — INTERVENTION	RÉSULTAT
Rous.. 44		0	1 a.	Ménorragies, ténesme vésical, constipation, palpitations.	Myomes utérins multiples, cast. hyst. sub., 18 décembre 1908.	**Guérison**
Per.. 45				Métrorragies à répétition, dysurie.	Utérus. myom., petits myomes, cast. hyst. subt. 17 juin 1908	**Guérison**
Cuz... 41		2	2 a.	Pesanteur, dysurie, rétention d'urine.	Gros myome. hyst subt. tot., 16 septemb. 1908.	**Guérison**
Pre... 45		0	plus. an.	Règles douloureuses, sensation de tumeur, constipation, dysurie, amaigrissement.	Myome énorme, adhérences, hyst. subt. 24 avril 1908.	**Mort** 9 mai pneumonie
Pot. 45 1/2		8	2 a.	Ménorragies, métrorragies, sensation de poids, douleurs, constipation, pollakiurie, amaigris	Utérus myomateux (tête fœtale), hyst. subt., 2 septembre 1908.	**Guérison**
Mic... 42		2	éloignée	Pertes blanches, douleurs, constipation, dysurie, phénomènes généraux, ballonnement.	Utérus myomateux, myomes sous-péritonéaux, hyst. subt., 12 février 1908.	**Guérison**
Lef.... 41		3	1 a.	Ménorragies abondantes.	Myome en voie de sphac. (Wertheim), 11 mars 1908	**Guérison**
Laco.. 40		0	5 a.	Métrorragies, pertes blanches, douleurs depuis 1 an, constipation, pollakiurie, anémie.	Myome utérin du fond, curettage 20 janvier 1908, hyst subt. 3 mars 1908.	**Guérison**
Jan... 44		1	3 a.	Douleurs abdom. et lombaires, dysurie, crises de rétention.	Gros myome enclavé, hyst. tot., 20 septembre 1908.	**Guérison**
Gen... 44		2	2 a.	Ménorragies pertes blanches, douleurs abdom., dysurie peu marquée, amaigris., palpitations.	Utérus myomateux bosselé, hyst. subt., 6 août 1908.	**Guérison**
Gan. 41 1/2		1	2 m.	Douleurs lombaires, pesanteurs.	Gros utérus myomateux avec multiples noyaux. hyst. subt. 25 février 1908.	**Guérison**
Cro... 43		4	18 m.	Ménorragies, règles douloureuses.	Myome utér. volumin., hyst. subt. 12 mai 1908.	**Guérison**
Cle.... 42		4	1 m.	Pertes fétides, métrorragies, douleurs très violentes, anorexie.	Utérus myomateux, un noyau sous-muqueux, hyst. subt., 10 janvier 1908.	**Guérison**

Bon ... 42		1	3 m.	Ménorragies.	Petit utérus myomat., ovaires kystiques, hyst. subt., 23 novembre 1908.	**Guérison**
Bla ... 45		1	14 a.	Ménorragies, myome diagnostiqué depuis 5 ans, albuminurie.	Myome utérin, cast. hyst. subt. 18 septembre 1908.	**Guérison**
Bar. . 43			2 a.	Douleurs lancinantes, constipation, douleurs à la miction, essoufflement.	Utérus myomateux, hyst. subt., 30 octobre 1908	**Guérison**
Ail.... 48		6	2 a.	Ménorragies, leucorrhée, douleurs, tiraillements, cachexie.	Utérus myomateux, myome sous-muqueux, hyst. subt., 28 novembre 1908.	**Guérison**
Ver ... 40		3	1 a	Ménorragies, crises douloureuses menstruelles, constipation.	Myomes sous-muqueux, kystes hématiques, hyst. tot. (Doyen), 10 août 1908	**Guérison**
Far... 49		3	6 a.	Ménorragies, caillots, pesanteurs, pollakiurie.	Myome volumin. de la paroi postér. (tête d'enfant), hyst. subt. 10 décembre 1908.	**Guérison**
Vil.... 45		2	3 m.	Pertes rouges depuis 1 mois, dysurie.	Gros myome interstitiel de la paroi postérieure, Cast. hyst. subt., 10 septembre 1908.	**Guérison**
Duf.... 49			2 a.	Hémorragies, dysurie, anémie.	Gros myome utérin ramolli (tête d'adulte), hyst. subt., 25 novembre 1908.	**Guérison**
Est.... 40			5 a.	Hémorragies, douleurs.	Gros myome utérin (2 poings), cast. hyst. sub., 25 février 1908.	**Guérison**
Fra ... 48			8 a.		Myome énorme multilobé, adhérences, hyst. subt. 8 juillet 1908.	**Guérison**
Gou .. 45		0		Métrorragies.	Myome (vol. 2 pgs), cast. hyst. subt. 17 sept. 1908.	**Guérison**
Gue ... 49		3	1 a.	Métrorragies continues.	Utérus myomateux, néoplasme? hyst. tot. 17 novembre 1908	**Guérison**
Bar ... 45	45	2		Quelques caillots, dysurie.	Myome assez vol., cast. hyst. subt., 7 avril 1908.	**Guérison**
Bre ... 49		0		Douleurs, pollakiurie.	Enorme myo utér., cast. hyst. subt. 14 août 1908.	**Guérison**
Bru ... 41		2	2 a.	Ménorragies, douleurs aiguës.	Petit myome du fond, cast. hyst. subt. 11 fév. 1908	**Guérison**

NOM — AGE	Ménop	Grosses.	DATE des sympt.	SYMPTOMES	DIAGNOSTIC — INTERVENTION	RÉSULTAT
Arn... 46				Déjà traitée par la colpotomie, faiblesse, albuminurie.	Gros myome utérin, atteignant l'ombilic, hyst.-sub., 3 décembre 1909.	**Guérison**
Tri. 42 1/2	8	2	5 a.	Ménorragies, pertes blanches, doul. lombaires, tiraillements, constip., pollakiurie, ané.-asthé.	Gros utérus, myome intrapariétal, cast. hyst. sub 11 janvier 1909.	**Guérison**
Roc. 48 1/2		1	5 m.	Métrorragies, pesanteur, constipation, amaigrissement.	Myome utérin, polypes, hyst. sub., 24 février 1909.	**Guérison**
Per... 41		2	12 a.	Pertes blanches, douleurs dans le bas-ventre, douleurs anales, anorexie.	Utér. myomat., cast. hyst. sub 19 nov. 1909.	**Guérison**
All.... 44		0	1 a.	Ménorragies, pertes blanch., doul. lomb., crises de rétention d'urine, amaigrissement.	Utér. bosselé, adhér. à l'iliaque, cast. hyst. sub. 19 novembre 1909.	**Guérison**
Car... 42		1	3 a.	Ménorragies, douleurs peu marquées.	Utér. myomat., kys. ov., dr adhér. (Douglas) cast. hyst. sub., 24 novembre 1909.	**Guérison**
Pau... 41		0	10 a.	Métrorragies, douleurs légères,	Myome volum., pseudo fluctuation, cast. hysi. sub., 22 octobre 1909.	**Guérison**
Rond. 46		1	2 a.	Métrorragies, doul. lomb. irradiées, constip. ténesme vésical, anorexie.	Utér. myom., hydros. ov., kystique, cast. hyst. sub. 28 octobre 1909.	**Guérison**
The... 40		0	3 a.	Augmentation du volume du ventre, amaigrissement, asthénie.	Gros myome sous péritonéal, cast. hyst. sub, 13 octobre 1909.	**Guérison**
Dur... 44		2	3 m.	Pertes rouges abondantes, caillots, douleurs vives irradiées.	Myome volum., bosselé, cast. hyst. sub., 21 octobre 1909.	**Guérison**
Col.... 48		2	5 a.	Ménorragies, caillots, constipation pollakiurie, pertes de forces, essoufflement.	Utér. myomat. en retrov., cast. hyst. sub., 18 février 1909.	**Guérison**
Ch. 47 1/2		1	2 a.	Règles irrégulières, pesanteur, douleurs à la miction, rétention.	Utér. myom., myome du col, hydrosalp., hyst. tot., 23 juillet 1909.	**Guérison**

Corb . 47		0	4 a.	Ménorragies, caillots, constipation, troubles gastro-intestinaux,	Utér. myomat.. cast. hyst. sub., 1909.	Guérison
Dou... 45		5	4 a.	Ménorragies, douleurs très vives, anémie.	Utér. myomat., polypes, hyst. sub., 29 juil. 1909.	Guérison
Noy... 45		2	2 a.	Pertes blanches fétides, quelques métrorragies, constipation.	Utér. myomat., myome sous-séreux, hyst. sub. 30 juillet 1909	Guérison
Mac... 44		2	4 m.	Ménorragies, constipation, pollakiurie, albuminurie, galop.	Myome de la paroi, post. adhér, ov. kyst., hyst. sub , 20 juillet 1909.	Guérison
Char.. 47		2	3 a.	Règles irrégulières, curettage ancien, douleurs vives à gauches, constipation, amaigrissement.	Myome de la paroi ant., hyst. sub., 1er août 1909.	Guérison
Lat ... 44		2	3 a.	Ménorragies abondantes, caillots, constipation, pollakiurie.	Myome de la paroi antérieure, hyst., sub., 7 octobre 1909.	Guérison
Rev... 46		2	2 a.	Ménorragies, métrorragies, dep. 6 mois, pollakiurie et douleurs à la miction.	Utér. myomat., hyst. sub., 24 mars 1909.	Guérison
Bou. . 43		3	14 a.	Ménorragies, caillots, pertes séreuses, douleurs abdo. irradiées, constipation, pollakiurie.	Myome diagnostiqué depuis 15 mois, hyst. sub., 7 mai 1909.	Guérison
Bug .. 46		2	1 a.	Ménorragies, sensation de barre, pollakiurie, douleurs à la miction, amaig., asth., album.	Utérus myomateux, hydrosalp. dr. hyst. sub., 3 mars 1909.	Guérison
Dau... 46		2	5 a.	Ménorragies, pertes blanches, pesanteur, douleurs passagères, amaigrissement.	Myome volumineux (tête d'enfant) cast hyst. sub., 13 janvier 1909.	Guérison
Dub. 42 1/2		1	6 m.	Ménorragies, caillots, pesanteur, douleurs lombaires, amaigrissement.	Gros utér. myomat.. salping. et hydrosalp., cast. hyst. sub., 13 mai 1909.	Guérison
Gou... 48		6	2 a.	Métrorragies, pertes fétides, constipation, mictions douloureuses.	Utérus myomateux, hyst. sub. 13 août 1909.	Guérison
Oll.... 41		2		Ménorragies, pertes blanches, douleurs lombaires.	Utérus à myomes multiples, adhérent aux parois vaginales, cast hyst. sub., 9 déc. 1909.	Guérison

NOM — AGE	Ménop.	Grosses	DATE des sympt.	SYMPTOMES	DIAGNOSTIC — INTERVENTION	RÉSULTAT
Pit.. . 48		4			Myome utérin, hyst. subt. 1909.	**Guérison**
Cha... 48		3	1 a.	Ménorragies, palpitations.	Myome volumineux (tête d'adulte) cast hyst. subt, 22 juin 1909.	**Guérison**
Dar... 44		2	4 a.	Hémorragies, dysurie, anémie.	Gros myome utérin, ramolli, cast. hyst. subt. 18 juin 1909.	**Guérison**
Gus... 45		1	10 a.	Hémorragies, pertes fétides, doul., constipation.	Myome énorme, polype sphacélé, hydrosalpinx double, hyst., tot., 23 septembre 1909.	**Guérison**
Bed... 48		0		Ménorragies, douleurs, albuminurie.	Myome sous-muq. sphacélé, cast. tot. (Doyen) 16 juillet 1909.	**Guérison**
Bou... 44		0	6 a.	Opérée il y à 6 ans, kyste de l'ovaire, ablat. des annexes, dysurie, retention, cystite, vertiges.	Gros myome latéral, salping. ancienne, hyst. tot., 19 novembre 1909.	**Mort** p. inf.
Bey... 46			2 a.	Règles irrégulières, douleur, sciatique jambe gauche, envies fréquentes d'uriner.	Myome multilobé, hyst. subst., 10 nov. 1909.	**Guérison**
Dar... 41		3	1 a.	Ménorragies, caillots, douleurs vives, pollakiurie.	Utér. myomat., hyst.,sub , 15 décembre 1909.	**Guérison**
Pon... 46		4		Dysurie.	Myome pédiculé du ligament large droit, hydros., hyst. sub., 21 mars 1910.	**Guérison**
Prot.. 41		1		Règles douloureuses, parfois prolongées, albuminurie.	Gros myome utér. multilobé, 6 à 8 kilogs, cast hyst. sub., 2 juin 1909.	**Guérison**
Neb... 41		6		Ménorragies trèsabondantes, curettage, douleurs, constipation, anémie	Petit utérus myomateux, cast. hyst., subt., 5 août 1909.	**Mort** 14 août œd. du poumon
Cle.... 46		3		Pertes blanches, ménorragies, quelques crises douloureuses, constipation.	Myome, volume tête fœtale, cast., hyst. sub. 12 janvier 1910.	**Guérison**

Buc... 45		2		Ménorragies, pertes blanches.	Myome utérin, volume d'une orange, cast. hyst. sub. 21 septembre 1910.	**Guérison**
Al..... 42		1		Ménorragies, pertes blanches, doul. au moment des règles, constip , mictions doul., amaigr.	Gros utér. myomat., hyst. sub., 5 mars 1910.	**Guérison**
Lio.... 45		4	éloigné	Pertes blanches. métrorragies, endolorissement, lassitude, albuminurie post.-op. galop.	Myome lobulé, volumineux, hyst. sub , 3 octobre 1910.	**Guérison**
Tne... 46		8	5 a.	Ménorragies, métrorragies, pesanteur, pollakiurie, albuminurie, œdèmes.	Myome œdémat., volumineux, hyst. sub. 14 octobre 1910.	**Guérison**
Jar .. 43		0	6 a.	Phlébite il y a 2 mois, gène abdom., constipat. pollak., ténesme, albuminurie, goitre ,	Myome volumineux, des deux ligaments larges, cast. hyst. tot., 10 septembre 1910.	**Guérison**
Mu.... 43		4		Quelques pertes blanches, douleurs légères, constipation.	Utér. myomat., cast. hyst sub., 26 mai 1910.	**Guérison**
Cle.... 44		1	2 a.	Règles irrégul., pertes jaunâtres abond., pesant , coliques, pollak ,amaig ,dysp. d'eff ,palpitations.	Gros myome kystique, hyst., sub., 1910.	**Mort** 5[e] jour asystolie
Gor... 44		0	1 a.	Ménorragies, métrorragies, caillots.	Myome volumineux sous péritonéal, hyst. sub., 21 juin 1910.	**Guérison**
Au.... 43		4	1 a.	Pertes rouges continuelles, faiblesse, albuminurie, post. op.	Myome utérin volum., hyst. sub. 15 avril 1910.	**Guérison**
Bl..... 44		1	6 a.	Ménorragies, douleurs abdominales vives, amaigrissement.	Utérus myomateux, hydrosalpinx droit, cast. hyst. sub., 3 mai 1910.	**Guérison**
Bi..... 42		1	20 a.	Pertes blanches, douleurs au moment des règles, pollakiurie, miction douloureuse.	Myomes multiples sous-péritonéaux, hyst. sub. 8 juin 1910.	**Guérison**
Roc ... 48		4	qq. mois	Métrorragies, pesanteur, douleurs lombaires, amaigrissement, anorexie.	Utér. myomat., hyst. sub., 15 mars 1910.	**Guérison**
Poi.... 43		1	1 a. 1/2	Ménorragies, dysurie, pollakiurie.	Myome utérin, hyst. tot., 20 août 1910.	**Guérison**

NOM — AGE	Ménop.	Grosses	DÉBUT des sympt.	SYMPTOMES	DIAGNOSTIC — INTERVENTION	RÉSULTAT
Tur... 48		9	4 a.	Ménorragies, métrorragies, pertes blanches, doul. lomb., constip, digestions pénibles.	Gros utér., myomes multiples, cast. hyst. sub., 22 juin 1910.	**Guérison**
Per... 45		1	3 a.	Ménorragies, métrorragies, doulenrs irradiées, douleur à la miction, anorexie.	Myome dans le ligament large gr. pyosalp., adhér., cast hyst. sub., 29 juin 1910.	**Guérison**
Roc... 43		0	3 a.	Ménorragies, Métrorragies, pollakiurie.	Myome volum., bilobé, enclavé, hyst. sub. 5 avril 1910.	**Guérison**
Pos... 41		6	2 a.	Ménorragies, douleurs lancinantes, douleurs à la miction.	Utér. myomat., ascite, hyst., sub. 1er juin 1910.	**Guérison**
Pon... 49		5	éloigné	Ménorragies, pollakiurie, constipation.	Utérus myomateux, adhér. à l'S il., hyst. sub. 27 janvier 1910.	**Guérison**
Rit.... 49		4	10 a.	Ménorragies, doul. sourdes, exag. au moment des règles, constip., cachexie, amaigrissement.	Myomes sous-muqueux et noyaux multiples (Wertheim) 2 février 1910.	**Guérison**
Laf.... 42		4	3 a.	Pertes aqueuses, douleurs, dysurie.	Myome, polypes, hyst. subt., 27 avril 1910.	**Guérison**
Hof... 42	40		2 a.	Ménorragies.	Myome, vol. du poing, hyst. sub., 6 avril 1910	**Guérison**
Lya... 41				Ménorragies, douleurs, envies fréquentes d'uriner, anémie.	Myomes sous-muqueux et sous-péritonéaux, cast. hyst. sub. 25 janvier 1910.	**Guérison**
Pol...					Volumineux myome utérin, cast. hyst. sub. 2 mars 1910.	**Guérison**
Sail... 40			3 a.	Métrorragies, dysurie, anémie extrême.	Myomes multiples et pyosalpinx, hyst. tot. 4 février 1910.	**Guérison**
Vid... 48				Métrorragies.	Myomes sous-muqueux et sous-péritonéaux, hydros. dr., cast. hyst. sub., 8 février 1910.	**Guérison**
Ser... 48		3		Métrorragies.	Myome utérin interst., cast. hyst. sub., 11 juil- [illegible]	**Guérison**

Hip....	45		18	2 a.	Ménorragies, métrorragies, pesanteur, anoré-xie, anémie, amaigrissement.	Myome du fond sous-muqueux, néopl. ? hyst. tot., 7 octobre 1910.	**Guérison**
Cham.	45		0	1 a.	Coliques, constipation, pollakiurie, troubles de digestion.	Myome volum., pédiculé et petits myomes interst. ov. kyst, dr. cast. hyst. sub., 21 octobre 1910.	**Guérison**
Fal....	46		3	4 a.	Dysurie.	Gros myome utérin, hyst. subt., 7 nov. 1910.	**Guérison**
Ga....	43		2	6 a.	Ménorragies, pertes continuelles, anémie extrême.	Myom. utér. volum. 2 poings, cast. hyst. subt., 17 juin 1910.	**Mort** 23 juin infection

Interventions après 50 ans

Mor...	51		0		Dysurie.	Myome (vol. du poing), hyst. tot., 22 av., 1909.	**Guérison**
Lou...	50		2	6 a.	Ménorragies, douleurs, dysurie, constipation.	Enorme myome bilobé, hyst., subt., 9 mai 1909.	**Guérison**
Lev...	53			18 a.	Ménorragies, douleurs. pollakiurie, palpitations.	Myome et pyosalpinx, cast hyst. subt., 20 décembre 1909.	**Guérison**
Lia....	51				Métrorragies, anémie.	Myome de la paroi antérieure, hyst. subt. 4 septembre 1904.	**Guérison**
Lau...	50		1	2 a.	Douleurs lombaires.	Uter. myom hyst. subt. 16 novembre 1905.	**Guérison**
Bou...	52			5 a.	Ménorragies, dysurie, constipation, dyspnée, défforf.	Myome volumin. en évolution, hyst. subt., 21 novembre 1905.	**Guérison**
Var...	51	49	1	6 m.	Métrorragies abondantes, pesanteur, dyspnée, d'effort.	Uter. myom. (tête d'enfant). Kyste de l'ovaire, hyst. subt., 16 février 1905.	**Guérison**
Her...	52		4	8 a.	Métrorragies abondantes depuis 15 jours, pesanteur.	Enorme myome avec polype cervical, hyst. totale (Doyen), 8 mars 1905.	**Guérison**

NOM — AGE	Ménop	Grosses.	DÉBUT des sympt.	SYMPTOMES	DIAGNOSTIC — INTERVENTION	RÉSULTAT
Val.... 50	49	0	10 a.	Douleurs (curettages antérieurs), dysurie, rétention d'urine, constipation, amaigrissement, anémie.	Myome remontant à l'ombilic, hyst. subt., 3 mai 1905.	**Guérison**
Val.... 57	52	0	15 a.	Pesanteur, constipation opiniâtre, dyspnée, d'effort, palpitations.	Myome volumin. hyst. sub. totale, 1905.	**Mort**, pneum
Lap... 51		3	6 a.	Métrorragies, pesanteur, diarrhée, coliques, mictions fréquentes, anémie.	Gros myome utérin. hyst. subt 27 mars 1907.	**Guérison**
Pap... 56	56	0	10 a.	Métrorragies depuis 2 ans, douleurs vives, constipation, pollakiurie, albumine.	Gros myome utérin enclavé, adhérences, hyst. subt., 1er octobre 1907.	**Guérison**
Bouv.. 57	49	2	6 a.	Métrorragies, pesanteur, constipation.	Gros myome, adhérences au côlon, hyst., subt , 1907	**Mort** occlus. intestin.
Chab.. 62					Enorme myome, hyst., subt , 26 nov. 1907.	**Mort**, pneum.
Sert... 63		4	10 a.	Constipation, dysurie.	Uter. myomat., hyst. subt., 3 juillet 1908.	**Guérison**
Pou... 51		1	23 a	Ménorragies, métrorragies, anémie extrême.	Gros myome utérin, hyst. subt. 22 nov. 1907.	**Guérison**
Ver... 50					Myome, hyst. subt., 17 avril 1907.	**Guérison**
Beu... 64	57	4	3 a.	Constipation, pollakiurie.	Uter. myomat. hyst. subt. 29 juillet 1908.	**Guérison**
Bil.... 64	60	0	20 a.	Ménorragies, douleurs lombaires, constipation.	Myome volumin., hyst. subt., 18 sept. 1908.	**Mort**, pneum
Bon... 52		1	2 a.	Métrorragies abondantes, constipation, troubles gastriques, anémie.	Myome (vol. tête fœtale), hyst. subt. 27 fév. 1907.	**Guérison**
Des... 51		3	1 a.	Métrorragies, pertes blanches, anémie.	Uter. myomat. polype, hyst. totale, 10 juil. 1908.	**Guérison**
Dar... 50		3	1 a.	Ménorragies, pertes blanches, douleurs, ténesme vésical, anémie, dyspnée.	Myome volumineux, hyst. subt , 1908.	**Guérison**

				leurs légères, constipation, anémie, dyspnée.		
Lev...	51		2	6 a.	Ménorragies croissantes, douleurs à la marche, constipation, anémie.	Gros utérus multilobé 3 myomes, hyst subt. 20 mai 1908.	**Guérison**
Mau...	50	50	4	1 a.	Métrorragies 2 mois après la ménopause, douleurs violentes, albumine.	Myome utérin, hyst. subt. 20 mars 1908.	**Guérison**
Mer...	51	49	0	9 a.	Métrorragies continues depuis 7 ans, douleurs, rétention d'urine, constipation, albumine.	Utér. myomat. hyst. subt. 2 septembre 1908.	**Guérison**
Per...	48		0	15 a.	Métrorragie, dysurie, constipation, impotence absolue.	Myome énorme, 25 livres, hyst. subt. 8 juin.	**Mort** 4[e] jour bronc.-pneum.
Rev...	54	52	3	3 a.	Métrorragies, anémie extrême.	Utér. myomat. hyst. tot. Drain vag. 19 fév. 1909.	**Mort**, occ. int.
Mou..	57	55	3		Métrorragies depuis 4 mois, douleurs, constipation, pollakuirie.	Utér. myomat. hyst. subt., 1909.	**Guérison**
Bon...	53	50	3	2 a.	Ménorragies, phlébite, douleurs vives, pollakiurie, anémie, dyspnée.	Volumineuse myome bilobé. cast. hyst. subt. 27 janvier 1909.	**Guérison**
Fil....	50	50	2	plus. an.	Pesanteur, pollakiurie, douleurs à la miction, amaigrissement, dyspnée.	Myome volumineux multilobé., cast. subt., 22 juillet 1909.	**Mort**, collaps.
Ort....	51		4	3 a.	Ménorragies, métrorragies, pesanteur, douleurs vives, pollakiurie, constipation, anémie.	Myome volumineux hématosalpinx. cast. hyst. subt. 26 avril 1909.	**Guérison**
Sup..	56	51	3	9 a.	De 48 à 51 ans règles irrégulières, douleurs depuis 9 ans, plus. crises de rétent. d'urine.	Myome remontant à l'ombilic, hyst. subt., 1[er] juillet 1909.	**Guérison**
Vau...	50		1	18 a.	Ménorragies croissantes, douleurs depuis 18 ans, constipation, dysurie, albumine.	Myome utér. multilobé, hyst. subt., 13 jan. 1910	**Guérison**
Seg...	54		0	éloigné	Douleurs violentes, constipation opiniâtre, vertiges, céphalée.	Myome, 2 poings, hyst. subt., à mai 1910.	**Guérison**
Mat...	53		6	8 a.	Métrorragies (curettages), douleurs légères.	Utér. myomat., hyst. subt., 25 mai 1910.	**Guérison**

NOM — AGE	Ménop.	Grosses.	DATE des sympt.	SYMPTOMES	DIAGNOSTIC — INTERVENTION	RÉSULTAT
Dur... 51		1	3 a.	Ménorragies, constipation, anémie.	Myome, tête fœtale, hyst. subt , 15 juin 1910.	Mort, br.-pn.
Boi ... 50		2	2 a.	Hémorragies répétées, anémie extrêmes.	Myome, tête d'adulte, hyst. subt. 1er juin 1910.	**Guérison**
Char.. 53		6	pl. an.	Hémorragies abondantes, anémie.	Hyst. subt. 18 mars 1910.	**Guérison**
Gir.... 54		0	pl. an.	Métrorragies, douleurs, constipation, vertiges.	Myome volumineux, hyst. sub. 17 avril 1910.	**Guérison**
Laur.. 52		0	1 a.	Ménorragies, constipation, anémie.	Gros myome multilobé , cast. hyst. subt. 16 mars 1910.	**Guérison**
Sch... 51		3	3 a.	Ménorragies, dysurie, anémie.	Gros utér. myomat., hyst. subt., 20 avril 1910.	**Guérison**
H..... 50	50	1	4 a.	Ménorragies, métrorragies, dysurie, palpitations,	Myome, volume de 2] poings, hyst, subt., 26 juillet 1910.	**Mort** 4e jour

CONCLUSIONS

I. — Le terme de « myome utérin » devrait remplacer l'expression impropre de fibrome ou même de fibro-myome.

II. — L'étude anatomo-pathologique du myome utérin à l'époque de la ménopause explique l'aggravation clinique fréquemment observée à cette période.

III. — La statistique que nous avons étudiée nous montre que sur 398 cas de myomes opérés, 212 malades âgées de 40 à 50 ans et 44 âgées de plus de 50 ans sont venues réclamer une intervention.

IV. — L'âge de la ménopause (40 à 50 ans) nous paraît « un âge critique » pour le myome utérin.

La période qui suit la ménopause (50 à 60 ans), est souvent marquée par des accidents graves.

V. — En dehors de l'expectation, le traitement chirurgical (castration par voie abdominale avec hystérectomie sub-totale), nous paraît le traitement de choix.

VI. — Les résultats opératoires paraissent influencés par l'âge avancé des malades, les conditions locales et générales se modifiant défavorablement aux dernières périodes.

VII. — Il y a lieu d'examiner si l'intervention précoce n'est pas le meilleur traitement du myome utérin.

Le Président de la Thèse,

PAVIOT.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 3 décembre 1910,

Le Recteur Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

(Pour la bibliographie antérieure à 1904, se reporter à la Thèse de Pellanda. Lyon, 1905.

BARTHOLEME. — Ueber Sterilität bei myomkranken, Th. de Bonn 1904.

BEGOUIN. — Fibromes utérins sous muqueux sessiles. — Supériorité de l'hystérectomie abdominale sur la myomectomie vaginale. Journ. de Méd. de Bordeaux 1908.

BERNIOLLE. — Les fibromes utérins sous péritonéaux à pédicule tordu au cours et en dehors de la grossesse.

BERNE. — Traitement des fibromes de l'utérus. — Gaz. des Hôp. - Paris 1908.

BERRET. — Fibrome utérin. — Lyon médical 1905.

BLANCHARD. — De la torsion du pédicule des fibromes utérins sous-séreux pendant la grossesse. — Th. de Paris 1907.

BONIER MARIUS. — De la myomectomie abdominale dans le traitement du fibrome utérin. Th. Lyon 1905.

BORDIER. — Traitement radiothérapique. — Archives d'électricité médicale. - Bordeaux 1909.

CAMUS. — Fibrome calcifié. — Bull. et Mém. soc. Anat. de Paris, 1904.

CASANOUVE. — De l'ascite dans les fibromes utérins. — Thèse Montpellier, 1908.

CASTET. — Complications urinaires des fibromes de l'utérus. — Thèse Bordeaux, 1906.

CHARREIRE. — Myomes et ménopause. — Thèse Montpellier, 1907.

CHAVANNEZ. — Trois cas de fibrome utérin sphacélé. — Journ. de méd. de Bordeaux, 1908.

COE. — Limitations of the surgical treatment of uterine fibroïds. — New-York M. J., 1907.

COMBRIS. — Coïncidence des fibromes avec le cancer du corps de l'utérus. — Thèse Paris, 1905.

COUDÈRE. — Tuberculose rénale et fibrome utérin. — Lyon méd., 1908.

COURTADE. — Technique et indications du traitement électrique des corps fibreux de l'utérus. — Sem. gyn. Paris, 1910.

DELORE. — Fibrome utérin. — Lyon méd., 1908.

FAURE. — Pratique médico-chirurgicale, 1907.

FOVEAU DE COURMELLES. — La radiothérapie des fibromes. — Revue de thérapeutique méd. chirurg. Paris, 1906.

FREUND. — Pathologie und therapie der myome. — Méd. Klin. Berl 1907.

FUSTER. — Transformation sarcomateuse d'un fibromyome. — Montpellier méd., 1904.

GAILLARD. — Les myomes diffus de l'utérus. — Thèse Lyon, 1907.

GALINA. — Dangers résultant du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus. — Montp., 1908.

GAYET. — Fibromes utérins. — Lyon méd., 1906.

GHINEVA (M[lle]). — De la gangrène des fibromyomes utérins sous-muqueux non pédiculés. — Montp. 1906.

GOCLET. — Académie de Médecine de New-York, 1905.

GODART. — Fibromes utérins. — Pol. clin. de Brux., 1909.

GOUILLOUD. — Tumeur métastatique du mesentère dans un cas de fibrome utérin. — Lyon méd., 1910.

HAMMES. — Beitrag zur kenntniss der diagnostisch wichtigen komplikationen des Uterusmyoms. — Bonn, 1904.

HENKEL. — Zur klinik und zur konservativen Behaudlung der myom — Zeitschr. fur Geburst. ind gynœk. - Stuttg., 1904.

JACOBS. — Fibrome utérin. Quelques observations cliniques tirées de 633 opérations abdominales. — Progrès méd. belge, Brux 1906.

JASCHKE. — Todliche intraperitoneale Blutung bei myom. — Cenk. blatt fur gynœk., Leipz., 1910.

JEAUNE. — Normandie médicale, 1906.

JUBIN. — Etude clinique des fibromyomes œdemateux et pseudo-kystiques. — Thèse Bordeaux, 1905

LAUWERS. — Observations sur une nouvelle série de cent opérations abdominales pour fibromes. — Bull. acad. royale de méd. de Belg,, Brux , 1906.

LE BEC. — Des indications de l'hystérectomie vaginale, de ses difficultés. — Paris chirurgie, 1909.

LEMELAUD. — De la torsion des fibromes utérins sous-séreux et interstitiels. — Th. Paris, 1909.

LESOBRE. — La dégénérescence cancéreuse du moignon utérin après hystérectomie supravaginale pour fibromes. — Th. Paris, 1907.

LOUIS. — Des adenomyomes de l'utérus. — Lyon 1908.

LUDLOW. — Calcification of fibromyomata of the uterus. — Cleveland M. J., 1909.

MARTIN. — Zu den myomfragen monatschrift fur Geburtsh. und gynœk., Berl. 1904.

MAZET. — L'occlusion intestinale par les fibromyomes de l'utérus. — Bord., 1907.

MERIEL. — Semaine gynécologique. - Paris, 1908.

MICHON. — La suppuration des fibromes utérins. — Gynécol, Paris, 1910.

MONOD. — Fibrome utérin et cancer du col. — Journ, de méd. de Bordeaux, 1908.

NIVET. — Contribution à l'étude de l'énucléation des fibromes utérins. — Paris, 1905.

OLSHAUSEN. — Indikationen bei uterus myom. — Zeitsch. für geburt. und gynœk. - Stuttgard, 1907.

OZENNE. — Le traitement des fibromes de l'utérus est d'ordre exclusivement chirurgical. — Journ. de méd., Paris, 1904.

PELLANDA. — La mort par fibromyome de l'utérus. — Thèse de Lyon, 1905.

PERAIRE. — Hystérectomie abdominale subtotale pour fibrome utérin — Bull. et mem. soc. d'an. de Paris, 1905.

PERRIER. — Des hémorragies intrapéritonéales dans le cas de fibromes utérins. — Thèse de Lyon, 1904.

PICHEVIN. — De l'hystérectomie subtotale dans le traitement des fibromes utérins. — Sem. gyn. Paris, 1904.

A propos du diagnostic du fibrome utérin. — Sem. gyn. Paris, 1909.

PIERRA. — Faut-il enlever tous les fibromes de l'utérus ? — Revue mens. de gynec. d'obst. et de pédiat. Paris, 1908.

PINARD. — Des fibromyomes de l'utérus. — Ann. de gynec. et d'obst. Paris, 1905.

A propos d'un fibrome calcifié. — Bull. méd. Paris. 1909.

PISTOLESE. — Contro il falso concetto di attendere della menopausa la guarigione dei fibromi del utero. — Arch. de gynécol. - Napoli, 1909.

POLOSSON (A). — Myome malin de l'utérus. — Lyon méd. 1910.

PROTERAT. — Fibrome utérin ; dégénérescence myomateuse. — Bullet. et mémoire de la Soc. anat. Paris, 1905.

POZZI. — Traité de gynécologie. — Paris, 1907.

PROUST-CARAVEN. — Sarcome (myome malin) de l'utérus. — Bullet et mém. Soc. d'anat. Paris, 1909.

RENAUDIN. — Fibrome utérin en dégénérescence sarcomateuse. — Bull. soc. méd. Vaucluse. — Avignon, 1908.

RIEFFEL. — Fibrome utérin calcifié chez une femme de 60 ans. — Bull. et mém. Soc. anat. Paris, 1905.

SAINTOT. — L'endométrite et les lésions annexielles de la fibromyomatose utérine. — Paris thèse 1906.

SEGOND. — Traitement des fibromes utérins par l'opération d'Amussat. Rev. de gyn. et de clin. thér. Paris, 1909.

Avantages de l'hystérectomie vaginale. — Rev gén. de clin. et thér. Paris, 1909.

SPOECK. — Ein Fall von todlicher myomblutung nach rontgen-bestrahlung. — Zentralblatt fur gyn. Leip. 1909.

TEDENAT. — La gangrène des fibromes utérins, — Rev. prat. de gyn. d'obst. et de péd. Paris 1907.

THAN. — Myomoperationen. — Thèse Berlin, 1910.

TUFFIER. — Traitement des fibromes utérins. — Semaine médicale, Paris, 1906.

VILLARD PAUL. — Du myome malin de l'utérus. — Th. Lyon 1905.

VON LINGEN. — Ueber die Beziehungen zwischen Uterusfibrom und Herz. — Zeitsch. fur geb. und gyn. Stuttg. 1905.

WINTER. — Die malignen und benignen degenerationen der Uterus-myom. — Zeit. fur geb. und gyn. Stuttg. 1906.

YCARD. — De l'étiologie des fibromyomes de l'utérus en particulier chez les multipares. — Paris, 1905.

TABLE DES MATIÈRES

Imp. PRUDHOMME, 32, cours Gambetta, Lyon